

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1956

N°

703

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

ADAMSKI Arthur
né le 6 Juillet 1924
à Varsovie

Présentée et soutenue publiquement le

TRAITEMENT DES CLOISONS TRANSVERSALES DU VAGIN
D'ORIGINE CONGENITALE
PAR LA PLASTIE EN "Z"

Président : Monsieur VARANGOT, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1956

N°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

ADAMSKI Arthur
né le 6 Juillet 1924
à Varsovie

Présentée et soutenue publiquement le

TRAITEMENT DES CLOISONS TRANSVERSALES DU VAGIN
D'ORIGINE CONGENITALE
PAR LA PLASTIE EN "Z"

Président : Monsieur VARANGOT, Professeur



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD H., CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER E., OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON .

DOYEN.....Léon BINET, Membre de l'Institut

ASSESEUR..... Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER G.
Anatomie pathologique	DELARUE A.
Bactériologie	N.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT
Biologie médicale	VERNE J.
Cancérologie médicale et sociale	N.
Carcinologie	OBERLING C.
Chimie médicale	JAYLE M.F.
	(Hôtel-Dieu..... BROCC P.
Cliniques chi- rurgicales	)Broussais DE GAUDART-D'ALLAINE
	(Salpêtrière..... N.
	)Cochin QUENU J.
Clinique chirurgicale réparatrice et Orthopédique	MERLE D'AUBIGNE R.
Clinique de cardiologie	MOUQUIN M.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE M.
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire.....	MONOD R.
Clinique de tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS D.
Clinique de puériculture	LELONG M.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS R.

MM.

Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER P.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE T.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE R.
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET P.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY J.
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO P.
(Hôtel-Dieu	N.
Cliniques) Bichat	N.
médicales) Cochin	MOREAU R.
) Broussais	DE GENNES L.
Clinique médicale d'hydro-cli- matologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON L.
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN R.
(Tarnier	LANTUEJOUL P.
Cliniques) Baudelocque	N.
obstétricales) Port-Royal	LACOMME M.
Clinique ophtalmologique	VELTER E.
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN A.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires	RICHET C.
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER C.
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE F.
Clinique stomatologique	DECHAUME M.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE J.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE A.
Clinique urologique	FEY B.
Embryologie	GIROUD A.
Génétique médicale	LAMY M.
Histoire de la médecine et de la chi- rurgie	N.
Histologie	N.
Hygiène et clinique de la première en- fance	CATHALA J.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON C.
Médecine du Travail	DESOILLE H.
Médecine légale	PIEDELIEVRE R.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD H.
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX G.
Pathologie exotique	LAVIER G.
Pathologie expérimentale et comparée ...	LENEGRE J.
Pathologie humorale et immunologie expé- rimentale (chaire à titre per- sonnel)	MERKLEN F.P.
Pathologie médicale	BARIETY M.
Pathologie et thérapeutique générales...	GARCIN J.

Pédiatrie sociale	MM. MARIE J.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD R.
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON A.
Physiologie	BINET L.
Physique médicale	STROHL A.
Radiologie médicale	DESGREZ H.
Technique chirurgicale	MOULONGUET P.
Thérapeutique	TURPIN R.

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFÉRENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie	DELMAS A. (pr. ^{MM} s.ch.), DEBEYRE J., OLIVIER, N.
Anatomie pathologique..	GAUTHIER-VILLARD, Mlle P. (pr.s.ch.), BUSSER F., GOUYGOU Ch.
Bactériologie.....	NEVOT A., N.
Biochimie médicale.....	ETTORI J. (Pr.s.ch.), N., N.
Biologie médicale	BOURLIERE F.
Dermato-Syphiligraphie.	DUPERRAT F.
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	BULLIARD H.(pr.s.ch.), N., N., N.
Hydrologie	N.
Hygiène	BOYER J.(pr.s.ch.), DEPARIS M. (pr.s.ch.)
Maladies infectieuses..	N.
Médecine légale et du travail.....	DEROBERT L.(pr.s.ch.), GAULTIER M., HADENGUE A., N.
Neurochirurgie.....	DAVID M.
Neurologie	N.
Obstétrique	GRASSET J., LEPAGE F., MERGER R., MORIN P., RAVINA J., N., N.
Ophthalmologie	DESVIGNES P., N.
Orthopédie	JUDET R.
Oto-rhino-laryngologie.	AUBRY M., MADURO R.
Parasitologie	CHABAUD A., N.
Pathologie chirurgicale	ABOULKER P., BAUMANN J., GOSSET J., LAURENCE G., LORTAT-JACOB J., OLIVIER Cl., POILLEUX F., VERNE J.M., N., N., N., N., N., N., N.
Pathologie expérimentale	N., N.
Pathologie médicale....	BERNARD J., BOUDIN G., CASTAIGNE P., CONTE M., DOMART A., LAMOTTE M., LA-ROCHE Cl., MILLIEZ P., PEQUIGNOT H., PERRAULT M., RAMBERT P., THIEFFRY St TURIAF J., N., N., N., N., N., N., N.

	MM.
Pédiatrie	JOSEPH R., N., N.
Pharmacologie	CHEYMOL J.(pr.s.ch.), LEVY Mlle J.(pr.s.ch.)
Physiologie	BARJETON D.(pr.s.ch.), PAR- ROT J; (pr.s.ch.), DEJOURS P.
Physique médicale	DJOURNO A.(pr.s.ch.), GOU- GEROT L.
Pneumo-Phtisiologie	KREIS B.
Psychiatrie	N.
Psychiatrie infantile	MICHAUX Z.
Rhumatologie	N.
Stomatologie	CHAPUT Mme A., CERNEA P.
Thérapeutique	N.
Urologie	KUSS R.

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE A., HUGUIER J., LEGER L., PADOVANI P., PATEL J., ROUX M., RUDLER J.C., SICARD A.
Clinique médicale	BROUET G., N., DECOURT J., DREY- FUS Gilbert, FAUVERT R., HAGUE- NAU M.(pr.s.ch.), HAMBURGER J., KOURILSKY R., MARCHAL G., SOULIE E.
Clinique obstétricale	ESCALLE G., MAYER M., VARANGOT J.
Clinique ophtalmologique ...	OFFRET G., RENARD G.
Clinique urologique	COUVELAIRE R.

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL J.
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL G.

Conservateur, chargé de direction	M.le Dr. HAHN A.
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE P., LAURENT H., LENOIR G., QUIEVREUX E.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A nos parents

A notre frère

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur VARANGOT

Respectueux témoignage
de reconnaissance
pour le grand honneur
qu'il nous a fait en
acceptant la présiden-
ce de cette thèse

A notre Maître

Monsieur le Professeur DEPARIS

dont la science et l'expérience
nous ont fait aimer la médecine,
dont la bonté nous a laissé un
un ineffaçable souvenir

en hommage de notre reconnais-
sance respectueuse

A Monsieur le Professeur Agrégé

RAVINA

qui a bien voulu nous
autoriser à rapporter
des observations de
son service
en hommage de respec-
tueuse gratitude

A notre Maître

Monsieur le Docteur MUSSET
gynécologue-accoucheur des
hôpitaux de Paris

qui, en nous accueillant dans
son service, en nous prodiguant
son temps et ses conseils, a
bien voulu rendre possible l'é-
laboration de cette thèse, in-
spirée de ses travaux remarqua-
bles

hommage de profonde gratitude,
d'admiration et de respect

/

A Monsieur le Docteur MOREL-FATIO

chirurgien des hôpitaux
de Paris

promoteur de la méthode
opératoire qui constitue
le sujet de cette thèse

en témoignage d'admiration
et de respect

A Monsieur le Docteur GRANJON

gynécologue-accoucheur des
hôpitaux de Paris

qui a bien voulu nous com-
muniquer plusieurs de ses
travaux,
dont l'expérience nous a
été très précieuse pour
l'élaboration de cette
thèse

en témoignage de respect
et de profonde gratitude

A Monsieur le Docteur MORICARD

chef de laboratoire
de la clinique gyné-
cologique de l'hôpi-
tal Broca

en témoignage de notre
respect et de notre
vive admiration

A nos Maîtres

Monsieur le Docteur JUNG
ancien interne des hôpitaux de
Toulouse
chirurgien de l'hôpital Ste. Blan-
dine à Metz

Monsieur le Docteur FRANTZ
ancien chef de clinique de la Faculté
de Paris
chirurgien de l'hôpital Belle-Isle
à Metz

Monsieur le Docteur BERTHEL
chirurgien de l'hôpital Belle-Isle
à Metz

Monsieur le Docteur BRETON
ancien chef de clinique de la Faculté
de Paris
chirurgien de l'hôpital de Pontoise

Monsieur le Docteur FRITCHI
chirurgien de l'hôpital de Beaumont

Monsieur le Docteur CUVILHIER
ancien chef de clinique de la Faculté
de Paris
chirurgien de l'hôpital d'Eaubonne

témoignage de notre reconnaissance
et de notre respect

A Monsieur le Docteur GISCLARD

ancien assistant ORL
de l'hôpital des En-
fants Malades

en témoignage de res-
pectueuse gratitude

Chapitre I :

INTRODUCTION

A l'instigation de notre Maître, Monsieur le Docteur MUSSET, nous désirons présenter une technique chirurgicale plastique qui semble bien apporter un perfectionnement à la cure des cloisons transversales du vagin d'origine congénitale.

Cette technique inspirée par les travaux du Docteur MOREL-FATIO nous paraît, en effet, d'une réalisation beaucoup plus aisée que tous les procédés précédemment préconisés, et aboutir à des résultats de qualité supérieure.

Nous nous proposons, dans ce travail :

- de passer en revue l'historique du traitement des diaphragmes vaginaux en analysant les avantages et les inconvénients de chacune des méthodes proposées par les différents auteurs,
- d'essayer de définir les cloisons transversales d'origine congénitale en rappelant brièvement quelques notions embryologiques qui peuvent en expliquer la formation, et en passant rapidement en revue leurs caractères anatomiques et leurs symptômes fonctionnels, tous éléments indispensables au choix raisonné de l'attitude thérapeutique,
- de décrire la technique opératoire de la plastie en " Z ",

- de tenter de codifier la conduite à tenir dans le cas
 - a) de diaphragmes non perforés, complets,
 - b) de diaphragmes ouverts, incomplets,
 - c) de diaphragmes décelés chez une femme enceinte,
- d'exposer enfin les résultats d'après l'analyse des observations.

Chapitre II:

HISTORIQUE

L'étude des cloisons transversales du vagin a suscité un nombre considérable de travaux qui s'étendent de la plus haute antiquité à nos jours.

Ces travaux portent sur les trois rubriques distinctes

- de reconnaissance clinique
- d'interprétation embryologique et pathogénique
- de traitement chirurgical

A) ETUDE CLINIQUE

L'examen clinique a porté:

- sur les troubles que l'on peut qualifier de purement gynécologiques
- et sur le retentissement obstétrical des cloisons transversales du vagin

Les imperfections des organes génitaux étaient connues depuis la plus haute antiquité. Nous trouvons chez les auteurs anciens des descriptions des accidents qui pouvaient résulter des imperforations. Mais ces descriptions laissent toujours persister une forte imprécision sur le siège et la nature exacte de la lésion. S'agissait-il d'absence ou de sténose du vagin, ou encore d'imperfo-

ration de l'hymen ? Il est bien impossible de le certifier.

HIPPOCRATE, dans son Traité des maladies de femmes, parle de "matrices boucées", mais les expressions dont il fait usage suggèrent plutôt qu'il évoquait des atrésies vulvaires accidentelles. Hippocrate semble cependant rapporter un cas authentique de retrécissement du vagin qu'il traite par la mise en place de grains d'anis et d'ache triturés.⁽¹⁾

ARISTOTE,⁽²⁾ dans son livre "De Generationi Animalium", n'est guère plus précis. Nous y lisons :

"Foëminis nonnullis os uteri compressum, concorporatumque ab enuente aetate ad tempus usque menstruorum perseveravit, mox urgentibus menstruis deloroque infestante, allis sponte disruptum cum aut per vim disrumperetur aut disrumpi non posset."

Chez certaines femmes l'entrée de l'utérus est obturée et la membrane obturatrice est incorporée dans la structure anatomique des organes génitaux. Cet état s'observe dès la naissance et persiste jusqu'aux premières règles. L'apparition de celles-ci provoque de violentes douleurs. Trois éventualités sont alors possibles :

- ou bien la membrane est rompue par le sang des règles
- ou bien elle sera rompue par une force extérieure (une intervention)
- ou bien elle ne pourra pas être rompue

Mais il est probable que selon l'opinion de Fabrice d'AQUAPENDENTE⁽³⁾ et de DELAUNAY⁽⁴⁾ l'expression "os uteri" désigne plutôt l'orifice inférieur du vagin.

CELSE, dans son livre "De Re Medica", établit le premier la distinction entre les atrésies congénitales et les a-

trésies accidentelles :

"Tantôt la malformation se produit dès la création de l'enfant au ventre de la mère, tantôt à la suite de quelques ulcères précédents et mal gouvernés".⁽⁵⁾

AETIUS d'AMIDE, aux environs du VIème siècle après Jésus-Christ, décrit dans le onzième discours de ses oeuvres, traitant des affections des organes génitaux urinaires, trois sièges possibles d'atrésies (d'après la traduction de DELECHAMPS):⁽⁶⁾

- au bord d'icelle
- dans la capacité sinueuse de cette partie
- près de l'orifice de la matrice

AVICENNE, médecin arabe du début du Xème siècle, classe les atrésies des voies génitales en deux catégories : suivant qu'elles sont un obstacle à la sortie du sang des règles, ou à celle de l'enfant. Dans les deux cas, il conseille de les rompre; en tendant les lèvres de l'orifice avec le doigt préalablement enveloppé d'un linge jusqu'à ce que la rupture survienne.⁽⁷⁾

ALBUCASSIS, peu après Avicenne, distingue atrésies congénitales et accidentelles. Comme traitement il conseille la déchirure, si elle est possible, sinon l'incision avec un bistouri en forme de feuille de myrthe. Il recommande également des rapports sexuels fréquents après l'intervention afin de prévenir la fermeture de l'orifice ainsi créé.⁽⁸⁾

LANFRANC, GUY de CHAULIAC et AMBROISE PARE (au XIVème siècle), BARBETTE (au XVème siècle) n'ajouteront rien de nouveau à ces observations et se contenteront de citer les écrits d'Aetius, d'Avicenne et d'Albucassis.

Mais au XVIème siècle, DALECHAMPS,⁽⁹⁾ reprenant les travaux d'Aetius d'Amide, donna une étude remarquable des cloisonnements transversaux du vagin :

"Aucune, dit-il, de naissance n'ont point la nature percée et ce en trois manières : à d'aucunes s'engendre une carnosité ou membrane qui la bouche au bord d'icelle, à d'aucunes dans la capacité sinueuse de cette partie, à d'aucunes près de l'orifice de la matrice".

Ce document est remarquable, car :

- 1° c'est le document le plus ancien où l'on parle nettement d'un cloisonnement transversal du vagin dont le siège anatomique est bien précisé
- 2° la description du siège des imperforations est exacte et reste valable encore actuellement.

L'auteur connaît même l'existence des imperforations incomplètes, car il dit :

"si la fente extérieure de la partie honteuse est ouverte et si une carnosité engendrée en dedans de la sinueuse capacité d'icelle cause l'obstruction de sorte qu'elle ne laisse qu'un pertuis étroit et petit..."

Il s'agit bien ici d'une cloison incomplète siégeant en un point de la cavité vaginale.

"Cette maladie donne grand empêchement à recevoir la compagnie de l'homme, à l'accouchement et à l'écoulement du sang menstruel".

On voit donc que Dalechamps a reconnu très nettement l'existence de cloisonnements transversaux du vagin. Il a donné des précisions sur le siège qui demeurent parfaitement valables de nos jours et a fort bien distingué l'existence de cloisonnements complets et de cloisons perforées.

DELAUNAY,⁽⁴⁾ dans une thèse (Paris 1877) particulièrement fouillée, apporte enfin des précisions anatomiques et une classification claire de la malformation.

Au XXème siècle, l'étude clinique des cloisons transversales du vagin se complète et DEPAULIS⁽¹⁰⁾ le premier, en 1924, démontre la nécessité de l'examen radiologique de la cavité vaginale qui permet de préciser le siège et l'état anatomique du diaphragme, ainsi que l'aspect de la cavité vaginale susjacente.

GRANJON⁽¹¹⁾ enfin, sous l'inspiration de Monsieur le Professeur MOCQUOT, donne une description minutieuse et précise de l'anomalie vaginale en montrant la nécessité d'exploration radiologique ainsi que l'indication, en cas de diaphragme non perforé, de la coelioscopie.

L'étude du rétentissement obstétrical des cloisons transversales du vagin débute au XVIIème siècle avec une observation de RUISE⁽¹²⁾ qui traita avec succès une dystocie invincible par l'incision d'une cloison membraneuse incomplète située au-dessus de l'hymen.

Un de ses élèves, HEISTER,⁽¹²⁾ étudia ensuite les conséquences obstétricales des atrésies vaginales.

Mais c'est Madame LACHAPELLE,⁽¹³⁾ au début du XIXème siècle, qui mit au clair les conséquences obstétricales des diaphragmes vaginaux :

"L'étendue de la consistance de ces obstacles fait varier les indications; il en est qu'une simple incision détruit, mais souvent la nature seule ou aidée par l'art, déchire et dilate assez les brides ou les valvules pour qu'on puisse se dispenser de les couper. Ce n'est que dans des cas fort rares qu'on se voit forcé de recourir

à la craniotomie ou à l'opération césarienne."

Les conclusions de Madame de LACHAPELLE sont actuellement absolument valables. Cependant, dans une communication à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique, le Docteur MUSSET montra que si l'accouchement par la voie naturelle était possible en règle générale, il résultait en revanche du fait du traumatisme une aggravation de l'atrésie avec sclérose cicatricielle secondaire aggravant toujours les troubles fonctionnels.

B) L'INTERPRETATION EMBRYOLOGIQUE ET PATHOGENIQUE

Les travaux embryologiques de FRANKEL⁽¹⁴⁾ en 1825 et de MULLER⁽¹⁵⁾ en 1830 autorisèrent les premières conceptions pathogéniques véritablement scientifiques.

Les études de THIERSCH,⁽¹⁶⁾ KOLLIKER,⁽¹⁷⁾ TOURNEUX,⁽¹⁸⁾ apportèrent également d'autres précisions. Enfin, les travaux récents de BLOOLFELD et FRAZEE (1927), HUNTER (1930), Von LIPPMAN (1939), KOFF (1933) et Robert MAYER, apportèrent de grandes précisions sur la constitution du tiers inférieur du vagin. Notons que tous ces travaux embryologiques sont encore bien loin d'élucider complètement la constitution des cloisons transversales du vagin.

C) LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'historique du traitement chirurgical doit être envisagé sur le double point de vue

- du simple effacement de la cloison
- et de la tactique thérapeutique

La cure de la cloison transversale se modifia au cours des trois périodes évolutives.

En une première période, l'incision simple et cruciale du rétrécissement fut préconisée.

C'est AETIUS d'AMIDE qui la réalisa le premier en recommandant, afin d'empêcher l'agglutination secondaire des lèvres de la plaie, de maintenir celles-ci écartées au moyen d'un cylindre d'étain introduit dans le vagin. AVICENNE, ALBUCASSIS utilisent le même procédé.

A la fin du XIXème siècle, on retrouve la même conduite opératoire, à peine modifiée par les incisions plus larges, cruciales, par des sections au galvanocautère, des débridements au bistouri de COOPER, ou même les déchirures brutales au doigt.

Les multiples inconvénients de ce procédé ne tardèrent pas à être connus, la récurrence sous forme de rétraction et des brides cicatricielles encore plus serrées étant la règle. Aussi une deuxième période chirurgicale débute-t-elle en 1928, sous l'inspiration de LECENE qui préconisa la résection du diaphragme par voie abdominale suivie de suture bout à bout du vagin.

LECENE⁽²⁰⁾ décrit ainsi une observation d'une malade venue consulter pour stérilité et appendicite.

L'examen avait montré l'existence d'un cloisonnement transversal incomplet du vagin. L'intervention fut pratiquée par la voie haute : incision médiane sous-ombilicale, appendicectomie, décollement antérieur vésico-cervico-vaginal poussé très loin pour bien exposer la face antérieure du vagin. On incisa ensuite le vagin transversalement au ras du col utérin. On ouvrit ainsi la chambre cervico-

vaginale haute qui ne communiquait avec le reste du vagin que par le pertuis punctiforme. On incisa ensuite le vagin transversalement au-dessous du diaphragme perforé. Il fut alors facile d'enlever la totalité du diaphragme vaginal qui était épais d'environ un centimètre. On reconstitua ensuite le calibre vaginal par une suture muco-muqueuse en surjet au catgut. On referma complètement le vagin ainsi recalibré. On péritonisa en recousant le cul-de-sac vésico-utérin et on termina en refermant la paroi abdominale. LECENE avait préféré la voie haute pour trois raisons :

- 1° il voulait opérer l'appendicite
- 2° il voulait vérifier l'état des annexes, du col et du corps de l'utérus
- 3° la voie haute devait faciliter la suture du vagin après la résection du diaphragme si celle-ci paraissait indiquée.

Ultérieurement LECENE rapporta à la Société de Chirurgie une opération analogue dans ses principes mais réalisée par voie vaginale par HERTZ à l'Hôpital Rothschild.⁽²¹⁾

Peu après, Jean-Louis FAURE codifia cette intervention qui fut décrite en détail dans la thèse de son élève BRUNET en 1930:⁽²²⁾

"On tâche de pincer la cloison et de l'attirer légèrement, puis on donne un coup de ciseaux dont la pénétration est facilitée par la présence d'un orifice où l'on introduit la pointe. On pratique alors au bistouri une incision circulaire de la membrane en suivant sa ligne d'insertion (parfois l'incision doit être profonde dans les membranes épaisses). A l'aide d'une aiguille fine montée sur une pince on fait au catgut une suture muco-muqueuse en surjet des deux lèvres ainsi formées, et on reconstruit une muqueuse

vaginale sans solution de continuité".

Mais bientôt encore les mauvais résultats de la resection du diaphragme s'offrirent à l'évidence. En raison de leur élasticité, les parois vaginales se rétractent fortement après la resection du diaphragme. La suture bout à bout du vagin apparaît donc très aléatoire, et, en règle générale, les fils coupent, la suture se désunit et un rétrécissement cylindrique, canaliculé, beaucoup plus épais que le diaphragme primitif, est la conséquence de l'opération.

Aussi la troisième période du traitement chirurgical est-elle caractérisée par la pratique d'interventions plastiques préconisées et mises au point par le Professeur MOCQUOT et son élève GRANJON.⁽¹¹⁾ Ces auteurs démontrèrent la nécessité absolue non seulement d'éviter toute resection muqueuse mais encore de conserver précieusement l'intégralité absolue de cette muqueuse. Les auteurs décriront alors un procédé de chirurgie plastique que l'on peut qualifier de procédé de l'"3Y" transformé en "V" et dont, en raison de son importance et de progrès considérables qu'il a apportés, nous croyons nécessaire de décrire la technique.

Une incision triangulaire est tracée sur la face inférieure du diaphragme. Elle décrit les branches divergentes de l'Y qui se rejoignent à l'orifice du diaphragme et dont les extrémités dépassent la périphérie de celui-ci en débordant légèrement sur la muqueuse du vagin sain. Le lambeau triangulaire délimité est disséqué par clivage de l'épaisseur du diaphragme. Une incision rectiligne formant la branche verticale de l'Y est ensuite menée sur la muqueuse restante du versant supérieur de la cloison dont les deux

branches s'écartent. Une dissection favorise et accroît encore l'écartement en V des deux lèvres de l'incision rectiligne.

Dans le dernier temps, le lambeau triangulaire inférieur est placé exactement dans l'écartement de l'incision supérieure. La suture des deux lambeaux dont le premier point est passé au sommet du lambeau triangulaire provoque l'effacement du diaphragme. Mais il persiste ensuite un excès de muqueuse qui correspond aux extrémités distales du lambeau inférieur, ainsi qu'aux lèvres supérieures de la première incision triangulaire. L'affrontement et la suture de ces muqueuses donne un effet d'allongement un peu supérieur de chaque côté à la moitié de la longueur des branches divergentes de l'Y.

Ce procédé représente un progrès considérable sur les anciennes techniques puisqu'il ne sacrifie pas la moindre parcelle de muqueuses.

Enfin, à la suite des travaux et démonstrations du Docteur MOREL-FATIO, le Docteur MUSSET décida de vulgariser, pour le traitement des diaphragmes congénitaux du vagin, un procédé clé de la chirurgie plastique : la plastie en " Z ". Le Docteur MUSSET rapporta ainsi à la Société de Gynécologie Obstétrique en 1956 six observations de cloisons transversales traitées par cette technique qui lui apparaît de réalisation plus aisée que celle de MOCQUOT et GRANJON et supérieure dans la qualité de ses résultats.(23)

La Plastie en "Z" imaginée et réalisée en premier par DEN ONVILLIER en 1856,⁽²⁴⁾ codifiée ultérieurement par MORESTIN,⁽²⁵⁾ FERRIS SMITH,⁽²⁶⁾ J.S. DAVIS, KITLOWSKI,⁽²⁷⁾ étudiée du point de vue mathématique par LINDERG de Leningrad,⁽²⁸⁾ a été clairement exposée et vulgarisée par MOREL-

FATIO en France, en particulier dans un article détaillé, publié dans le Journal de Chirurgie en 1949.⁽²⁹⁾

Au cours de nos recherches bibliographiques, nous n'avons trouvé nulle part mention antérieure d'utilisation de la plastie en "Z" dans le traitement des cloisons congénitales du vagin. Dans la dernière édition du Traité de Technique Chirurgicale, édité en France, seule mention est faite du procédé décrit par MOCQUOT et GRANJON. Cependant, le Docteur MOREL-FATIO nous a dit oralement avoir pratiqué à deux reprises (en 1948 à l'Hôpital St.-Antoine et à l'Hôpital Vaugirard) des plasties en "Z" en cas de cloisons transversales du vagin; c'est encore le Docteur MOREL-FATIO qui est intervenu à l'Hôpital Lariboisière chez la malade de l'observation N° 2. On peut donc considérer cet auteur, qui est le premier à avoir appliqué ce procédé de chirurgie plastique dans les septa transversaux du vagin comme le promoteur de la méthode.

La tactique opératoire évolua parallèlement aux progrès de la technique. Cependant, l'attitude adoptée a varié dans les trois circonstances différentes :

- de cloisons incomplètes
- de cloisons complètes avec rétention mensuelle susjacente
- de cloisons découvertes chez la femme enceinte.

Dans le cas de cloisons perforées incomplètes aucune autre évolution des idées n'est à envisager que celle ayant trait à la cure de diaphragmes que nous avons déjà exposée.

Dans les cas de cloisons transversales complètes, non perforées, en revanche, la conduite du traitement

passa par plusieurs périodes.

Dans une première période, la rétention sanguine, conséquence de l'obturation vaginale avec hémato-colpos, hématométrie, et même hématosalpinx, fut traitée par le simple débridement de la cloison. Un tel traitement démontre vite ses méfaits, par l'apparition d'infection extrêmement grave, parfois mortelle, lorsque à l'hémato-colpos se surajoutaient une hématométrie ou des hématosalpinx, dont la vidange est toujours difficile et incomplète. La sténose réfractile, secondaire, aux simples incisions, ne manquait pas de provoquer des rétentions purulentes. C'est la raison pour laquelle PATEL de Lyon et son élève, CANTONI (1938) condamnèrent le traitement des diaphragmes vaginaux par voie basse, comme premier temps en cas de rétention menstruelle. (30)

Cet auteur rapporta le cas d'une jeune fille de 18 ans, venue consulter pour aménorrhée et douleurs abdominales violentes et périodiques. Diagnostic après examen : hémato-colpos (la main abdominale sent une tuméfaction supérieure, volumineuse, atteignant presque l'ombilic). Il est impossible de sentir ni l'utérus ni les annexes, donc de savoir s'il existe en même temps hématométrie, hémato-colpos ou hémopéritoine concomittents.

On pratique alors la laparotomie basse sous-ombilicale. Seule la partie inférieure du vagin était considérablement distendue. L'utérus, les trompes, les ovaires, étaient tout-à-fait normaux (l'utérus était déporté au niveau de l'ombilic); incision de la paroi vaginale (colpotomie antérieure haute, après décollement vésical), évacuation du sang. Suture du vagin en un plan, suture de la paroi abdominale. Un mois après: incision, puis excision de la membrane vaginale

qui put être facilement réalisée grâce au repérage exact fait par la voie abdominale. On peut résumer la technique proposée par PATEL de la façon suivante :

- A) Opération abdominale. Elle comprend trois temps :
- a) reconnaissance de la disposition des organes; si hématosalpinx: salpingotomie ou salpingectomie
 - b) évacuation de l'hématocolpos après colpotomie haute antérieure
 - c) vérification de l'imperforation : épaisseur, situation, repérée grâce aux doigts de l'aide introduits dans le vagin.
- B) Opération vaginale deux ou trois semaines après :
- a) resection du diaphragme
 - b) dissection de la vraie muqueuse
 - c) suture à la vulve

PATEL critique les chirurgiens qui incisent seulement la membrane obturant le vagin à l'union de la partie d'origine millérienne et de la partie vestibulaire. Il préfère l'opération en deux temps : temps abdominal et temps vaginal, pour les raisons suivantes :

- 1° on évite ainsi le danger d'infection qui, bien que rare, peut être grave surtout en cas d'hématométrie et d'hématosalpinx concomittants;
- 2° le temps abdominal permet d'apprécier exactement la disposition des lésions ainsi que l'état de l'utérus et de la trompe;
- 3° il permet d'évacuer la poche vaginale et ainsi d'en réduire le calibre (rétraction progressive);
- 4° il permet enfin d'explorer l'intérieur de la cavité et de se rendre compte de la situation exacte de la membra-

ne qui obture le canal vaginal. Ce second temps est facile : la disposition de la membrane étant réparée, il est très aisé de trouver celle-ci et de l'exciser. Mais à ces arguments GRANJON répond, dans un article paru dans "Gynécologie Obstétrique" en 1947, qui caractérise la troisième période de la tactique chirurgicale à adopter en cas de cloison complète avec rétention sanguine mensuelle. GRANJON y préconise l'emploi de coelioscopie et nous ne pouvons mieux faire que citer textuellement cet auteur⁽¹¹⁾ :

"En réalité, il semble bien qu'à ce traitement par voie haute au premier abord très séduisant, on puisse adresser certaines critiques. La coeliotomie exploratrice systématique (suivie de décollement de la vessie et de colpotomie antérieure) dépasse souvent son but puisqu'il s'agit dans la majorité des cas, en somme, d'évacuer un simple hématoocolpos sans autre lésion.

La coelioscopie permet de vérifier à moindres frais l'intégrité de la partie haute du territoire mullerien et, même en son absence, il est toujours possible d'avoir recours à la voie haute si l'on découvre au toucher un hématosalpinx après évacuation de l'hématoocolpos. Or ce sont ces seuls cas compliqués d'hématosalpinx qui donnent lieu à des dangers infectieux péritonéaux.

De plus, les armes anti-infectieuses, sulfamides et surtout pénicilline, mettent maintenant à l'abri de tout danger infectieux. En somme, à cette chirurgie de parti-pris par voie haute, nous préférons une tactique plus nuancée qui n'offre aucun danger sous couvert d'une asepsie rigoureuse et qui évite une laparotomie parfaitement inutile dans la plupart des cas.

Voici donc comment nous procédons :

Une coelioscopie nous permet d'abord un bilan exact des lésions avec une vérification de l'état des trompes: en cas de distension tubaire la voie haute paraît nécessaire pour traiter cet hématosalpinx par incision ou résection. Parfois l'importance de la rétention sanguine due à l'ancienneté des lésions contre-indique la coelioscopie : le bilan exact sera fait par le toucher après évacuation de l'hématocolpos.

Il faut opérer dans l'intervalle des crises douloureuses, c'est-à-dire en période intermenstruelle. Une préparation de la partie basse du vagin est nécessaire pendant les jours qui précèdent l'intervention : solution antiseptique, poudre de sulfamide ou mèche imbibée de pénicilline.

Sous anesthésie générale, ouverture de la collection par simple incision de la cloison vaginale exposée par 2 valves. Evacuation de l'hématocolpos.

On s'assure de l'état du col : si le col est fermé on vérifie l'intégrité de l'utérus et des trompes au toucher; si le col est ouvert on évacue l'hématomètre. En cas d'hématosalpinx il faut dès lors intervenir par voie haute.

Un traitement local par mèche imbibée de pénicilline met à l'abri de tout danger infectieux : on pourrait lui associer, s'il en était besoin, une pénicillothérapie générale.

Remarquons d'ailleurs que ce traitement chirurgical ne réalise qu'un premier temps en faisant cesser la rétention et en permettant ultérieurement l'écoulement normal du sang menstruel. Mais l'incision simple des cloisons complètes amène le plus souvent un état comparable à celui qui résulte des cloisons incomplètes, et il restera à traiter dans un deuxième temps ce diaphragme perforé

suivant la technique que nous décrirons plus avant."

Chez la femme enceinte la tactique opératoire n'a en principe nullement varié depuis les magistrales définitions de madame LACHAPELLE. (13)

"L'étendue de la consistance de ces obstacles fait varier les indications : il en est qu'une simple incision détruit, mais souvent la nature, seule ou aidée par l'art, déchire et dilate assez les brides ou les valvules pour qu'on puisse se dispenser de les couper. Ce n'est que dans des cas fort rares qu'on se voit forcé de recourir à la craniotomie ou à l'opération césarienne."

Mais dans sa communication à la Société Gynécologie Obstétrique, le Docteur MUSSET⁽²³⁾ a montré le rôle néfaste de l'accouchement par les voies naturelles qui exagère toujours le caractère cicatriciel du diaphragme et provoque l'apparition de troubles fonctionnels très importants chez les femmes porteuses de diaphragmes, souvent jusqu'alors bien tolérés. Le Docteur MUSSET a été ainsi amené à recommander le traitement par plastie en "Z" en début de grossesse et à préconiser les avantages de l'opération césarienne prophylactique chez les femmes consultant à un terme avancé de la gestation.

TRAITEMENT DU DIAPHRAGME VAGINAL

PAR LE PROCÉDE DE MOCQUOT-GRANJON

("Y" transformé en "V")

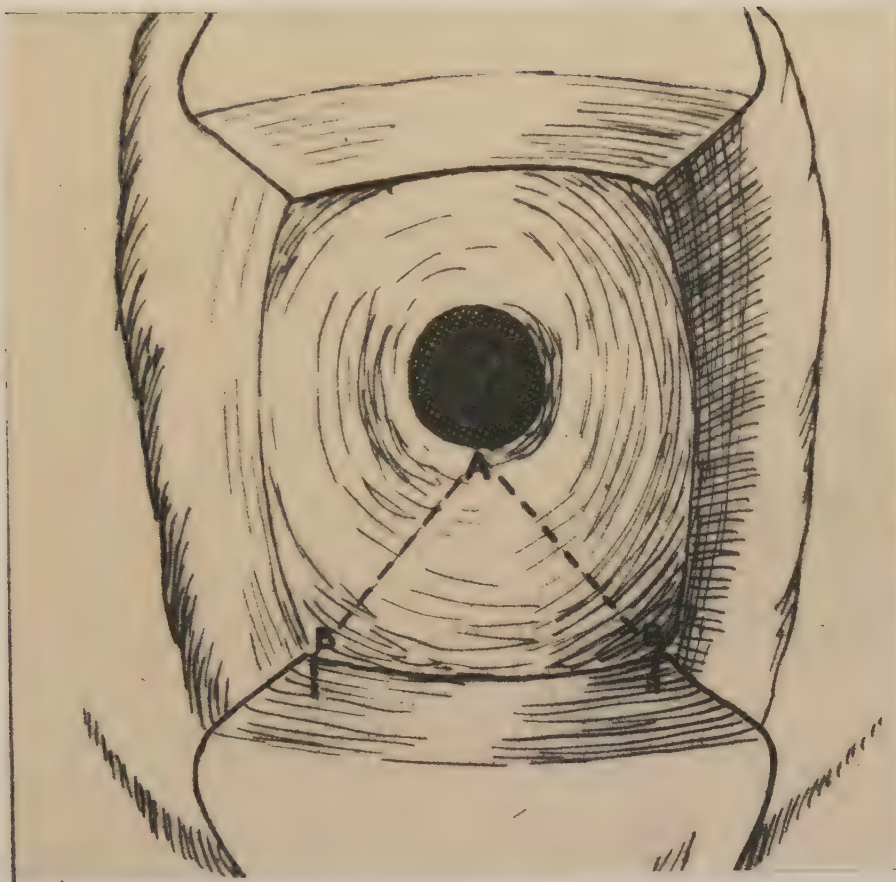


Fig. I: Deux valves exposent la face inférieure du diaphragme. Tracé schématique de l'incision en "V" sur la muqueuse de la face inférieure du diaphragme (moitié postérieure). Remarquer que les 2 branches du "V" débordent sur la paroi vaginale postérieure.

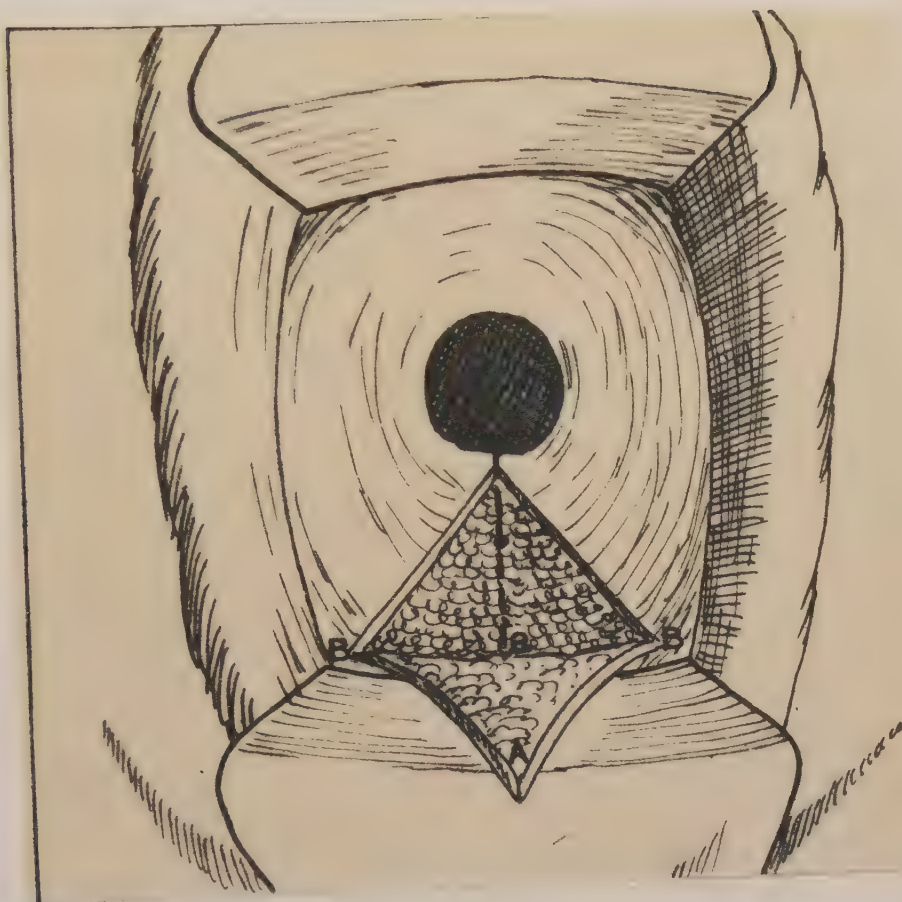


Fig. 2: Le lambeau de muqueuse inférieure disséquée est rabattu vers le bas.
Tracé schématique de l'incision de la muqueuse supérieure.

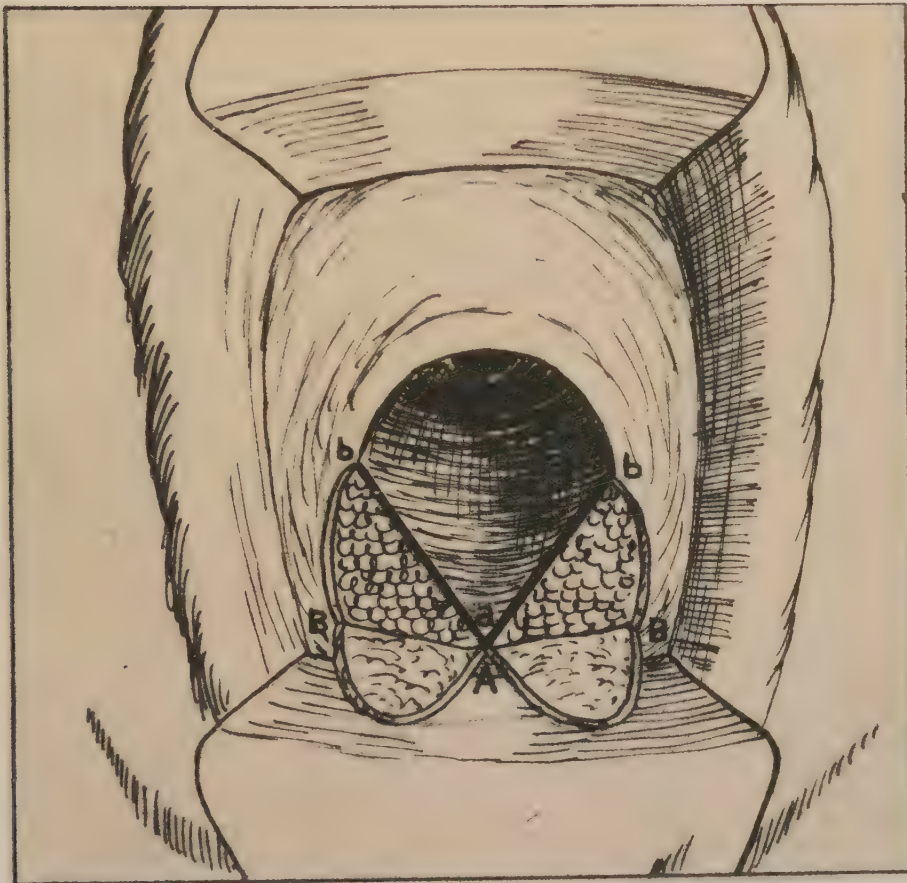


Fig. 3: Ecartement des deux lambeaux de la face supérieure du diaphragme (moitié postérieure). Le point A vient en a. Mise en place du premier point médian : repère catgut N° I.

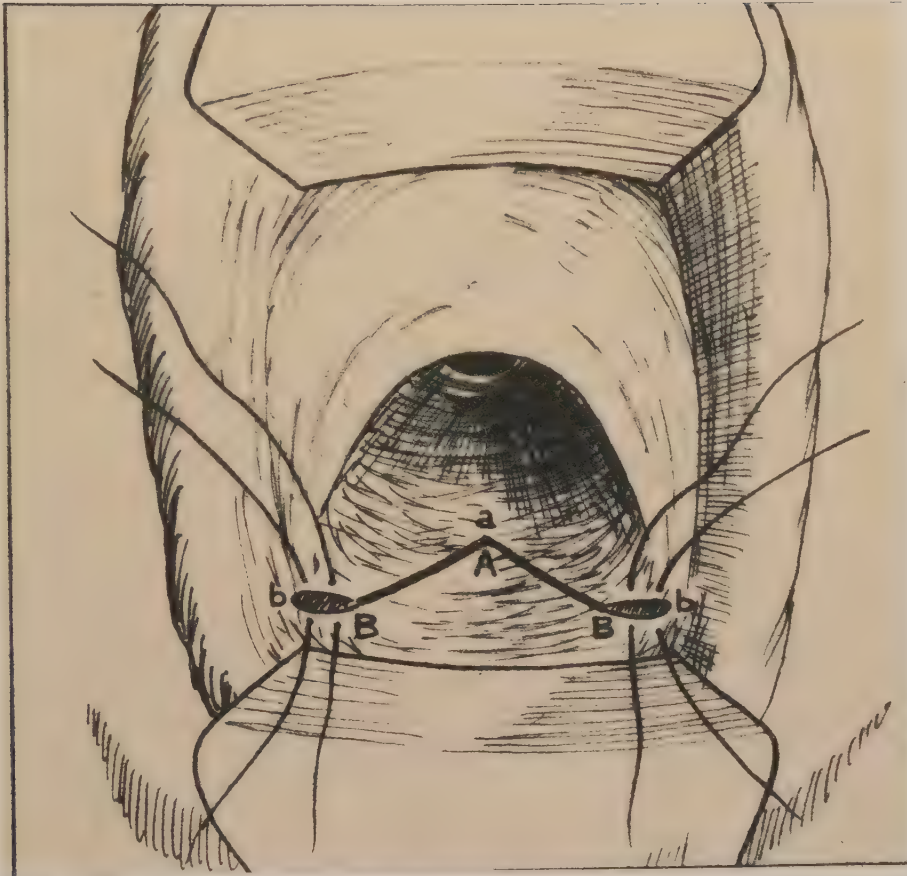


Fig. 4: Deux points de suture sont placés symétriquement de chaque côté du point médian. Il persiste aux deux angles un excès de muqueuse. Un point en U placé de chaque côté assure le contact muco-muqueux. Résultat définitif : effacement de la moitié postérieure du diaphragme

Chapitre III :

QUELQUES NOTIONS EMBRYOLOGIQUES SUSCEPTIBLES DE RENDRE COMPTE DE LA FORMATION DES CLOISONS TRANSVERSALES CONGENITALES DU VAGIN

Classiquement (THIERSCH,⁽¹⁶⁾ KOLLIKER,⁽¹⁷⁾ TOUR-NEUX⁽¹⁸⁾), les ébauches néphrétiques au contact des gonades perdent leur signification excrétrice. Leur évolution dans le sens mullérien ou femelle est à l'origine des trompes, de l'utérus et du vagin. Le canal de WOLFF et les tubes wolffiens ne servent qu'à la formation d'organes rudimentaires dépourvus de signification physiologique.

Mais, des recherches embryologiques plus récentes tendent bien à prouver que l'origine du vagin n'est pas entièrement mullérienne (SNOECK,⁽³¹⁾ ALLEN L. FRYAN⁽³²⁾).

Si, en effet :

- la partie supérieure (deux tiers) dérive bien de la fusion des deux canaux de MULLER,
- le tiers inférieur du vagin dérive du sinus urogénital et des extrémités inférieures de deux canaux de WOLFF.

On constate notamment que chez l'embryon de 30 millimètres de longueur, la partie inférieure des

deux canaux mullériens fusionne et forme le tubercule mullérien qui est une masse cellulaire dense.

De la fusion des parties supérieures des canaux de MULLER résulte la formation du canal utéro-vaginal. Jusqu'à présent, les canaux de WOLFF se développent aussi vite que les canaux de MULLER, mais lorsque l'embryon atteint 56 millimètres, ils commencent à s'atrophier. A peu près à la même époque, les cellules de sinus uro-génital, des canaux de WOLFF et des canaux de MULLER s'entremettent entre eux, et il est difficile de dire quel groupe de cellules prédomine dans la formation du vagin. Aux approches du stade de 63 millimètres, le tubercule mullérien repousse la paroi du sinus uro-génital et prend le nom de bulbe vaginal.

Selon d'autres auteurs, le tubercule mullérien repousse à ce moment la paroi du sinus uro-génital et on assiste alors à la formation bilatérale de 2 bulbes sino-vaginaux formés par des cellules du sinus uro-génital.

Grâce à la croissance des bulbes sino-vaginaux et à la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium stratifié de la partie inférieure du canal utéro-vaginal, se constitue la plaque vaginale qui se développe, s'agrandit et se transforme en corde vaginale. L'atrophie et la desquamation des cellules au centre de cette corde forme le canal vaginal.

De toute cette étude embryologique, il résulte que l'union entre le tiers moyen et le tiers inférieur du vagin correspond à la zone de soudure du territoire mullérien avec le bulbe sino-vaginal, dont les éléments cellulaires proviennent du sinus uro-génital.

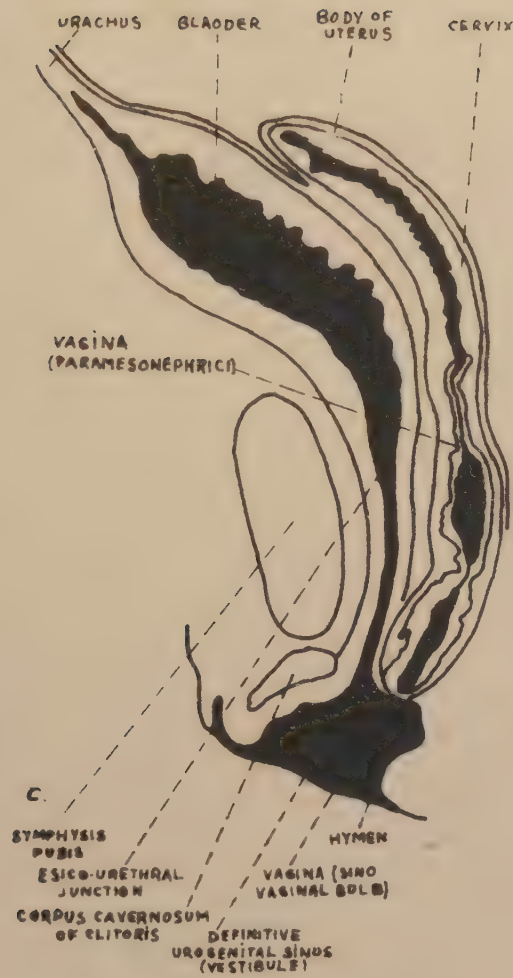


Fig. 5: Embryon humain de 151 millimètres. La moitié droite de l'appareil génito-urinaire féminin (HAMILTON, Human Embryology, 1947).

L'examen d'un embryon humain de 151 millimètres permet de se rendre compte qu'en trois zones la constitution d'une cloison transversale est facilitée : l'une, inférieure, correspond au bulbe sino-vaginal et à l'hymen et rend compte de son imperforation possible, l'autre, plus haut située, se trouve à la jonction du bulbe sino-vaginal et du tubercule mullérien, la troisième, enfin, est sous-jacente à l'orifice externe du col.

Il est ainsi vraisemblable de penser que les cloisons transversales situées peu au-dessous du col utérin, représentent une anomalie mullerienne qui doit correspondre à un vice de résorption, celles qui siègent plus bas, à l'union des quatre cinquièmes supérieurs et du cinquième inférieur, correspondent vraisemblablement à une anomalie de jonction dans la zone de soudure de l'ébauche mullérienne à l'extrémité supérieure du bulbe sino-vaginal. Cependant, en raison de l'extrême variabilité de siège, de forme, d'épaisseur et même de nombre des septa transversaux, il est bien difficile de préciser la nature du trouble de l'organogenèse.

Cette notion explique l'opinion de KEIJO SOIVA⁽³³⁾ pour qui certaines atrésies vaginales localisées, découvertes à la puberté, ne représenteraient que le témoin cicatriciel d'une vaginite infectieuse de la première enfance, secondaire à une gonococcie, à la scarlatine, à la diphtérie ou même à la pneumonie.

Chapitre IV:

BREF RAPPEL DES PRINCIPAUX CARACTERES ANATOMIQUES DES CLOISONS TRANSVERSALES DU VAGIN D'ORIGINE CONGENITALE

- SIEGE -

Le siège de prédilection des cloisons transversales du vagin semble correspondre au tiers supérieur du vagin peu au-dessous du col du vagin, puis à l'union des quatre cinquièmes supérieurs et du cinquième inférieur.

De nombreuses variations de situation demeurent cependant possibles. Dans quelques cas, et le Docteur MUSSET en a observé deux exemples, le diaphragme se trouve situé tout au sommet du vagin, justifiant bien le terme imagé de VIANNAY de phimosis du col utérin.⁽³⁴⁾

A l'opposé, il peut siéger tout près de la membrane hyménéale réalisant une apparence de la duplicité de l'hymen.

Des situations très variables ont été rapportés par différents auteurs et nous nous contenterons de citer GRANJON⁽¹³⁾ pour qui le diaphragme siège :

dans la moitié des cas - à l'union du tiers moyen
et du tiers inférieur

le tiers des cas - au tiers supérieur
le tiers des cas - au tiers inférieur
et LO. DI⁽³⁵⁾ qui a constaté dans ses 42 cas :
16 fois le siège au tiers supérieur
14 fois au tiers moyen
5 fois au tiers inférieur
7 cas n'étant pas précisés

- OUVERTURE OU IMPERFORATION -

La notion d'ouverture ou d'imperforation est beaucoup plus importante.

Les diaphragmes complets, de beaucoup les plus rares, puisque LO. DI⁽³⁵⁾ n'en a relevé que 3 cas parmi ses observations, provoquent une rétention sanguine menstruelle, qui ne se limite pas toujours à l'hématocolpos mais détermine volontiers également des hématometries et des hématosalpinx dont la présence domine alors toute l'histoire clinique.

Les septa ouverts, les plus fréquents, peuvent être annulaires ou en arc de cercle.

Annulaires, ils intéressent toute la circonférence du conduit vaginal; de direction transversale et perpendiculaire à l'axe du vagin, ils offrent un orifice de dimension fort variable qui, parfois perméable au doigt, se trouve dans d'autres cas extrêmement petit.

Mais un simple pertuis, même difficilement appréciable à la vue, suffit généralement à permettre la vidange utérine et l'ascension des spermatozoïdes.

L'orifice habituellement unique et central peut encore être déjeté latéralement, ou double.

Les septa incomplets, semi-circulaires ou falciformes, ont encore une direction habituellement transversale, bien que celle-ci puisse dans ce cas se trouver un peu oblique par rapport à l'axe du vagin.

- EPAISSEUR -

L'épaisseur de la cloison est variable. Parfois mince et réduite à un accollement bimuqueux, celle-ci peut être très épaissie et sclérosée par de solides éléments fibreux ou cicatriciels qui s'intègrent entre les 2 revêtements muqueux. La sclérose rétractile lorsqu'elle est forte s'observe électivement chez les femmes qui ont accouché par les voies naturelles.

- ETAT DU VAGIN SUS- ET SOUS-JACENT A LA STENOSE -

Dans quelques cas le diaphragme représente une anomalie isolée à type d'étranglement limité de la cavité vaginale.

Cette condition anatomique favorise grandement le traitement chirurgical.

Mais fréquemment, il existe une hypoplasie vaginale globale, plus fréquemment encore, en cas de diaphragmes haut situés, un vice de conformation du fond du vagin infundibulaire ou en entonnoir avec absence de véritables culs-de-sac vaginaux. Dans quelques cas même, on peut observer la présence de diaphragmes multiples étagés: trois ou quatre diaphragmes superposés ont été signalés.

Ces conditions compliquent sérieusement le traitement et grèvent lourdement la qualité des résultats.

Signalons enfin la fréquence de métrite ou d'ectropion cervical liés probablement à la stagnation glaireuse au-dessus de la sténose.

Chapitre V:

LES ELEMENTS DE BASE DE LA DISCUSSION ET DU CHOIX DES INDICATIONS THERAPEUTIQUES: TROUBLES FONCTIONNELS PROVOQUES PAR DES CLOISONS TRANSVERSALES DU VAGIN D'ORIGI- NE CONGENITALE ET EXAMEN CLINIQUE

L'appréciation attentive des troubles fonctionnels et des conditions anatomiques est indispensable pour la détermination d'une attitude thérapeutique raisonnée.

A) SYMPTOMES FONCTIONNELS DE CLOISONS TRANSVERSALES DU VAGIN D'ORIGINE CONGENITALE

Les diaphragmes complets, imperforés, déterminent des troubles fonctionnels intenses et graves peu après la puberté, qui conduisent habituellement à poser le diagnostic chez des femmes très jeunes.

La rétention menstruelle sus-jacente à la cloison se manifeste par la triade classique d'aménorrhée apparente, des douleurs périodiques et de tuméfaction pelvienne progressivement croissante.

Le diagnostic n'est cependant pas aussi évident

qu'il peut le paraître à priori, et l'essentiel est de bien observer le contraste entre l'état post-pubéral des récepteurs et l'aménorrhée primaire.

Des examens complémentaires doivent, dans ces cas, préciser si la rétention sanguine se limite au simple hémato-colpos ou si, au contraire, il existe un hématomètre et surtout des hémato-salpinx qui imposent une attitude thérapeutique particulière.

A l'opposé un nombre important des diaphragmes ouverts sont parfaitement supportés et ne provoquent aucun trouble fonctionnel. Ces diaphragmes latents ne sont reconnus qu'à l'occasion d'un examen gynécologique fortuit.

LODI⁽³⁵⁾ a constaté que près de la moitié des cas qu'il a observés n'entraînaient aucun trouble et ne nécessitaient donc aucun traitement. Ces cloisons fonctionnellement latentes sont généralement des cloisons semi-circulaires lâches et souples.

Le Docteur MUSSET a, cependant, observé un cas de diaphragme presque complet, à l'orifice punctiforme reconnaissable seulement à l'occasion des règles, qui ne provoquait aucune dyspareunie parce que très haut situé au-dessous du col, et aucun autre trouble parce que le minime pertuis suffisait au libre écoulement des sécrétions utérines.

Dans près de la moitié des cas cependant, les cloisons transversales perforées du vagin se manifestent par des troubles fonctionnels dont la dyspareunie est à la fois le plus sérieux et le plus constant. Cette dyspareunie habituellement primai-

re, fréquemment intense et gravative, est surtout le fait de diaphragmes bas situés qui diminuent considérablement la longueur fonctionnelle de la cavité vaginale.

Le Docteur MUSSET nous a cependant communiqué des observations de dyspareumie secondaire invincible apparue après un accouchement dont le traumatisme avait aggravé considérablement la sclérose cicatricielle du diaphragme. Dans certains cas, des facteurs psychiques interviennent encore pour aggraver des troubles fonctionnels. La dyspareumie représente pratiquement le seul trouble fonctionnel, et ce fait explique en grande partie la raison pour laquelle, ainsi que l'a mis en évidence LC DI,⁽³⁵⁾ l'âge moyen de la reconnaissance de l'infection est relativement tardif, aux environs de la trentaine.

La leucorrhée est un symptôme fonctionnel estimé fréquent par la majorité des auteurs qui en trouvent la cause dans une irritation chronique de la poche vaginale substructurale où stagnent les produits des sécrétions utérines. En réalité, cette leucorrhée ne nous a pas paru fréquente ni même liée avec certitude à la présence de la sténose.

Nous n'avons, en particulier, jamais constaté de mucocolpos comme le signale LC DI.⁽³⁵⁾

Quant à la dysménorrhée, il est bien improbable de lui trouver une origine certaine dans le retrécissement vaginal et nous la croyons bien plutôt liée à des anomalies de texture de l'utérus ou à des anomalies fonctionnelles du tonus isthmique.

La stérilité représente enfin, pour la majorité des auteurs, une complication courante des cloisons transversales du vagin.

Mais s'il est bien évident que la stérilité est obligatoire en cas de cloisons complètes ou de dyspareunies graves entraînant le refus de rapports sexuels, il est apparu en revanche au Docteur MUSSET que la stérilité était extrêmement rare dans les cas de diaphragmes ouverts. En dépouillant, en effet, près de 1.500 dossiers de stérilité, le Docteur MUSSET n'a jamais pu trouver d'observation authentique dans laquelle la stérilité était manifestement causée par la présence d'un diaphragme vaginal.

A l'opposé, les grossesses sont nombreuses pour les observations de cloisons transversales d'origine congénitale.

Une malade, observée et soignée par le Docteur MUSSET, a subi en deux ans deux opérations césariennes rendues indispensables par la présence d'un diaphragme immédiatement situé au-dessous du col et dont l'orifice punctiforme n'était décelable qu'au moment de l'écoulement menstruel.

Une observation de SNOECK (observation N° 10) est tout à fait superposable. La malade de notre observation N° 2 est devenue enceinte quelques mois après la défloration alors qu'elle était porteuse d'une cloison basse à l'orifice lenticulaire.

Le Docteur MUSSET estime donc que la fécondité demeure entièrement en cas de diaphragme perforé. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'en-

visager brièvement le rôle de diaphragmes vaginaux sur la bonne évolution de la grossesse et sur la marche du travail.

Nous n'avons jamais observé aucune influence des septa vaginaux sur l'évolution de la grossesse.

Il n'est pas possible de penser que cette anomalie puisse, à elle seule, favoriser l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Le Docteur MUSSET n'a jamais non plus constaté d'influence particulière de la cloison congénitale sur l'apparition et l'évolution des si fréquentes vaginites de la grossesse.

Le rôle des cloisons transversales du vagin sur le travail de l'accouchement a été admirablement bien observé, ainsi que nous l'avons déjà dit, par Madame LACHAPELLE et de nos jours ses conclusions demeurent encore de totale actualité.

Il est absolument exact que les septa vaginaux permettent dans la majorité des cas et d'une façon souvent fort surprenante l'accouchement spontané par les voies naturelles.

Il n'y aurait donc rien à modifier dans les conceptions de Madame LACHAPELLE si l'on ne tenait compte que de la marche de travail. Mais le Docteur MUSSET constata, dans un nombre important de ses observations, le rôle manifestement néfaste des traumatismes obstétricaux qui, à la faveur du ramollissement gravidique, aboutissent à l'éclatement étoilé du diaphragme, obligatoirement suivi de la récurrence sous forme de rétrécissement encore plus serré parce que scléreux et ci-

catriciel. Cette sténose cicatricielle aggravée, tout à fait comparable à celle observée après les incisions cruciales, provoque une dyspareunie très sérieuse dont nous possédons plusieurs exemples. La malade de notre observation N° 3 ignorait absolument, jusqu'à son accouchement, la présence du diaphragme qui ne se manifesta que secondairement par une dyspareunie absolue et rebelle.

Il est donc certainement impossible de ne pas tenir compte de ces faits dans le choix du traitement des septa transversaux reconnus chez la femme enceinte.

B) EXAMEN CLINIQUE D'UNE FEMME PORTEUSE D'UNE CLOISON TRANSVERSALE DU VAGIN D'ORIGINE CON-
GENITALE.

L'examen clinique comprend un interrogatoire précis portant sur les antécédents héréditaires et collatéraux de la malade, ainsi que sur la définition exacte des troubles fonctionnels acquis.

L'inspection précise la morphologie générale de la femme, l'état de récepteurs : poids, glandes mammaires, vulve, et permet l'examen de la cavité vaginale, à faire au besoin sous anesthésie, avec un excellent éclairage à l'aide d'un spéculum ou mieux d'une valve.

Cette étude permet d'apprécier le siège du diaphrag-

me, sa perforation ou son imperforation et sa forme.

L'orifice, parfois petit, peut être de découverte difficile. Son cathétérisme à l'hystéromètre est absolument indispensable et permet d'apprécier grossièrement l'état de la cavité sus-jacente.

Le toucher vaginal apprécie l'état du vagin, la souplesse plus ou moins grande du diaphragme et son caractère plus ou moins scléreux ou cicatriciel.

Le toucher rectal ou mieux bidigital est absolument indispensable; c'est lui seul qui permet de rendre compte de l'état de l'appareil génital sus-jacent.

Le col utérin n'est réellement perçu que par le toucher rectal et l'appréciation de l'état du corps de l'utérus et des annexes est grandement facilitée par cet examen.

GRANJON a parfaitement mis en évidence la nécessité des examens complémentaires : vaginographie et coelioscopie, et nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement cet auteur à ce propos: ⁽¹¹⁾

"L'injection de substance opaque permet en effet de constater sous écran l'intégrité ou les anomalies du tractus génital au-dessus du diaphragme.

Cet examen doit toujours être fait sous écran radioscopique pour suivre la progression du liquide et avec un appareil permettant de prendre des clichés en série.

Nous insistons sur l'intérêt des clichés de profil, permettant seuls de juger la direction et la longueur du vagin.

L'orifice de communication étant repéré, il est toujours possible d'y introduire la canule de l'appareil de RIAZZI dont l'embout en tronc de cône caoutchouté doit être appliqué au contact de la cloison. Il est parfois utile de la fixer avec une pince de MUSEUX, sans traumatiser ces muqueuses fragiles. Il est bon de se munir de deux flacons de lipiodol : la cavité vaginale susjacente est souvent assez spacieuse pour tolérer le contenu d'une première seringue, et si l'on veut injecter dans le même temps l'utérus et les trompes, il faut employer une deuxième seringue. L'usage d'un lipiodol à 20 % nous a paru intéressant, car il diffuse mieux et plus vite et donne des précisions souvent plus complètes.

Les renseignements fournis par l'examen lipiodolé sous écran sont d'ordre divers : dans un premier ordre de faits, le lipiodol, après avoir rempli la partie haute du vagin, pénètre dans le col, injecte l'isthme puis la cavité utérine et, si l'on augmente un peu la pression, gagne les trompes. On obtient ainsi de très belles images de colpo-hystéro-salpingographie. Un cliché de contrôle peut même vérifier le passage de lipiodol dans le péritoine et certifier la perméabilité tubaire. Dans ces cas, la coelioscopie est, de toute évidence, parfaitement inutile. Dans un deuxième ordre de faits, le lipiodol s'étale en flaques dans la partie supérieure du vagin; malgré l'emploi d'une quantité importante de lipiodol, on ne peut vaincre la pression de l'isthme et injecter dans le même temps l'utérus, le lipiodol reflue par l'orifice de la cloison.

Dans de tels cas où les renseignements fournis par l'examen radiographique sont insuffisants, il est utile d'avoir recours à la coelioscopie qui, permettant une vision directe de l'utérus et des annexes, donnera tous les renseignements utiles."

Nous nous permettons seulement d'ajouter que, de nos jours, il est préférable d'utiliser la diodone en solution dans la polyvidone, la qualité et la finesse des images procurées par ce produit de contraste met souvent parfaitement en vedette l'existence de diaphragmes multiples, étagés.

Quant à la coelioscopie, elle présente surtout un intérêt, dans les cas de diaphragmes non perforés où il importe de savoir exactement si la rétention sanguine affecte ou non les trompes.

Cette étude complète ainsi réalisée permet de définir la conduite à tenir, et nous rapportons le schéma thérapeutique proposé par le Docteur MUSSET, schéma thérapeutique qui s'écarte peu des conceptions de GRANJON .

Chapitre VI :

LA PLASTIE EN " Z "

SES PRINCIPES GENERAUX ET SA TECHNIQUE
D'APPLICATION AU TRAITEMENT DES CLOISONS
TRANSVERSALES DU VAGIN d'ORIGINE CONGE-
NITALE

PRINCIPE DE LA PLASTIE EN Z

Les principes généraux de la plastie en Z qui aboutit à deux effets distincts : effets d'allongement et effet de transposition, se conçoivent aisément à l'aide d'une expérience simple rapportée par MOREL-FATIO. En traçant sur une feuille de caoutchouc une incision en Z à trois branches rigoureusement égales suivant A, B, C, D, on crée deux lambeaux homologues. Si l'on tire sur la feuille suivant la ligne centrale B-C du Z qui correspond, en notre affaire, à l'incision menée le long de la crête du diaphragme, les lambeaux s'entrecroisent l'un l'autre pour combler exactement chacun l'aire de décollement de l'homologue : c'est l'effet de transposition. Mais simultanément, les points B et C s'éloignent, alors que les points A et D se rapprochent : c'est l'effet d'allon-

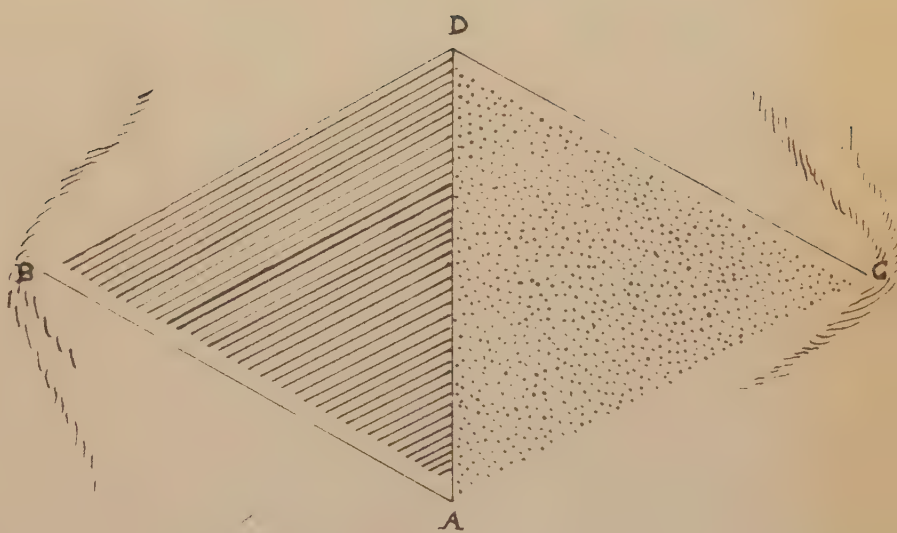
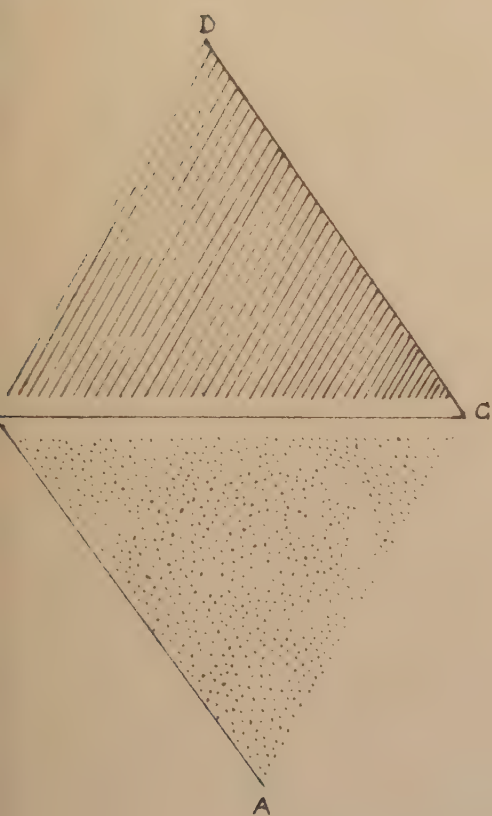


fig 6

Principe de la plastie en "Z".

gement qui nous intéresse ici tout spécialement, car il permet de gagner en longueur ce qui est perdu en hauteur. Au total, la figure obtenue est encore en Z, mais elle est allongée, elle a subi une rotation voisine de 90 degrés et, fait absolument fondamental, la ligne centrale du Z se trouve être la ligne A-D, maintenant raccourcie, et surtout perpendiculaire au milieu de la ligne de rétraction primitive B-C, qui se trouve désormais la plus longue.

Le degré d'angulation des trois branches du Z qui doivent être rigoureusement égales est très important. Plus il augmente et plus augmente en conséquence l'effet d'allongement. Mais si l'on dépasse 80 degrés, il se surajoute des distorsions qui rendent inapplicable le procédé. Lorsque l'angle diminue, l'effet d'allongement se fait de moins en moins sentir, cédant le pas, entre 50 et 30 degrés, à une simple transposition des lambeaux sans distorsion.

En matière de diaphragmes vaginaux, le seul effet d'allongement importe car il s'agit d'obtenir l'effacement de la bride et l'accroissement circonférenciel du conduit au détriment de la hauteur totale du vagin. L'expérience démontre alors que l'angle de 60 degrés représente l'angle optimum. Mais en raison du caractère annulaire de la bride et de sa longueur trop importante pour être corrigée par un unique balancement des lambeaux, il est nécessaire de pratiquer des Z en série, deux ou trois selon les cas, disposés en chicane sur tout le pourtour de la cloison transversale.

TECHNIQUE DE LA PLASTIE EN "Z" APPLIQUEE AU TRAITEMENT
DES CLOISONS TRANSVERSALES DU VAGIN D'ORIGINE CONGENITALE

La technique appliquée par le Docteur MUSSET, après plusieurs jours de soins préopératoires destinés à guérir toute infection et toute irritation muqueuse de la poche sus-strictulaire ainsi qu'à dilater, parfois avec une laminaire creuse, l'orifice trop étroit du septum, se déroule comme suit :

La malade soumise à une anesthésie générale est placée en position gynécologique. L'opérateur s'assied face au champ chirurgical, le premier aide à sa gauche, le second à droite.

L'asepsie périnéo-vulvo-vaginale est réalisée exclusivement à l'aide de solutions de bases quaternaires d'ammonium et jamais avec de l'alcool iodé qui irrite et fait desquamer la fragile muqueuse recouvrant la cloison.

Une valve postérieure, tenue légèrement mais bien fixement par le second aide, expose le diaphragme. Le choix de la mise en place des Z en série est alors estimé. En cas de diaphragme annulaire, portant sur toute la circonférence vaginale, trois Z sont nécessaires et tracés de deux heures à six heures, de six heures à dix heures, de dix heures à deux heures. Dans les cas fréquents de bride semi-circulaire, deux Z égaux suffisent.

La réalisation de chacune des plasties successives réclame beaucoup de soins, de minutie et d'ordre. Une instrumentation spéciale est nécessaire. Elle com-

prend un bistouri à lame de rasoir triangulaire, des pinces à disséquer très fines et longues, des crochets acérés pour mobiliser les lambeaux légèrement piqués à leur pointe, des aiguilles serties de catgut 00, enfin l'utilisation d'aiguilles de REVERDIN ou même JAGUIER étant formellement proscrite.

La bride est tout d'abord mise en tension entre deux fils tracteurs repères de nylon coloré, et la branche centrale B-C est tracée en premier tout au long du faite de la crête ainsi délimitée. Il importe d'inciser franchement non la muqueuse en son entière épaisseur, mais encore le tissu conjonctif scléreux qui forme le corps du diaphragme, jusqu'à la pénétration dans le tissu cellulaire de l'espace décollable sous-jacent.

A partir d'une des extrémités de la branche transversale et faisant avec celle-ci un angle de 60 degrés, une incision A-B rigoureusement d'égale longueur est menée sur le versant inférieur ou vulvaire du diaphragme.

A partir de l'extrémité opposée, la troisième branche C-D du Z est conduite selon les mêmes règles strictes.

Les deux lambeaux triangulaires symétriques sont ensuite disséqués à l'aide de longs ciseaux courbes mousses et très fins, en veillant bien à ne jamais traumatiser les lambeaux et à leur conserver une solide épaisseur. Les zones de décollement saignent habituellement peu; s'il en était besoin l'hémostase serait assurée avec des ligatures de catgut 0000.

Le décollement effectué, la mobilisation des lambeaux et l'effet d'allongement deviennent très faciles si l'on a bien pris soin d'inciser la totalité du tissu conjonctif qui forme le corps de la bride. Le plus souvent même, les lambeaux dont la pointe tend à s'arrondir, prennent spontanément leur position secondaire.

La suture du nouveau Z qui a subi une rotation de 90 degrés se fait par points séparés de catgut 000. La première ligne de suture à réaliser correspond à la branche centrale A-D du nouveau Z, qui se trouve, comme nous l'avons déjà dit, perpendiculaire au milieu de la ligne de rétraction primitive. Les branches divergentes du Z sont ensuite suturées de la même façon.

Après réalisation, de loin la plus délicate, du premier Z, la nouvelle disposition de la cloison résiduelle devient particulièrement claire et favorise grandement l'exécution des autres plasties.

Aucun pansement ni aucune antibiothérapie ne sont nécessaires après cette opération bénigne qui doit être réalisée, en revanche, exclusivement durant la période post-menstruelle.

Cas particuliers

I) les cas de brides étagées.

En cas de brides multiples, étagées en hauteur, il y a intérêt à opérer en plusieurs temps successifs, les brides les plus hautes n'étant opérées qu'après plusieurs mois, lorsque la cicatrisation complète de

TECHNIQUE DE LA PLASTIE EN "Z"

appliquée au traitement

du diaphragme vaginal

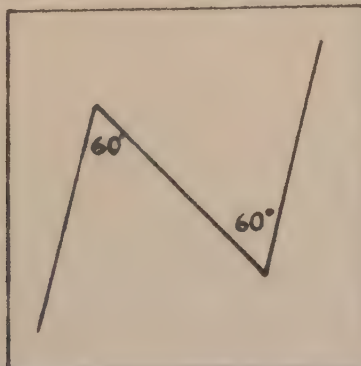
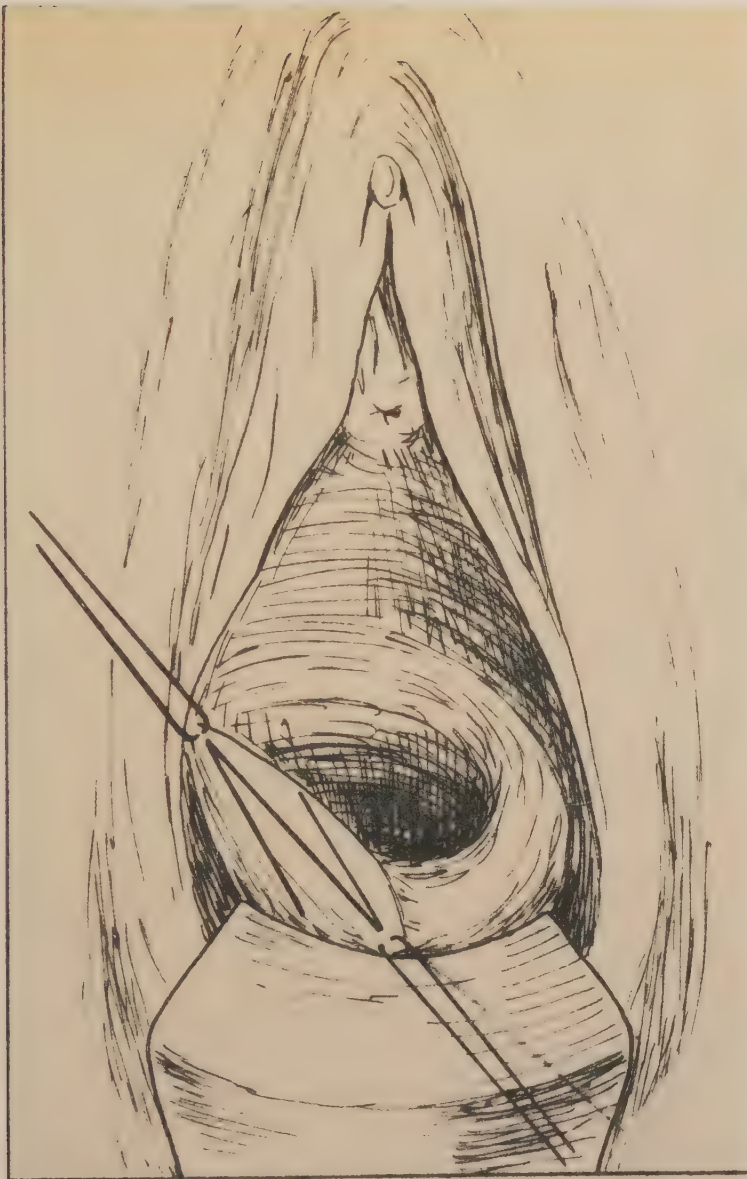


Fig 7. • Tracé de l'incision en "Z" (vue de face)

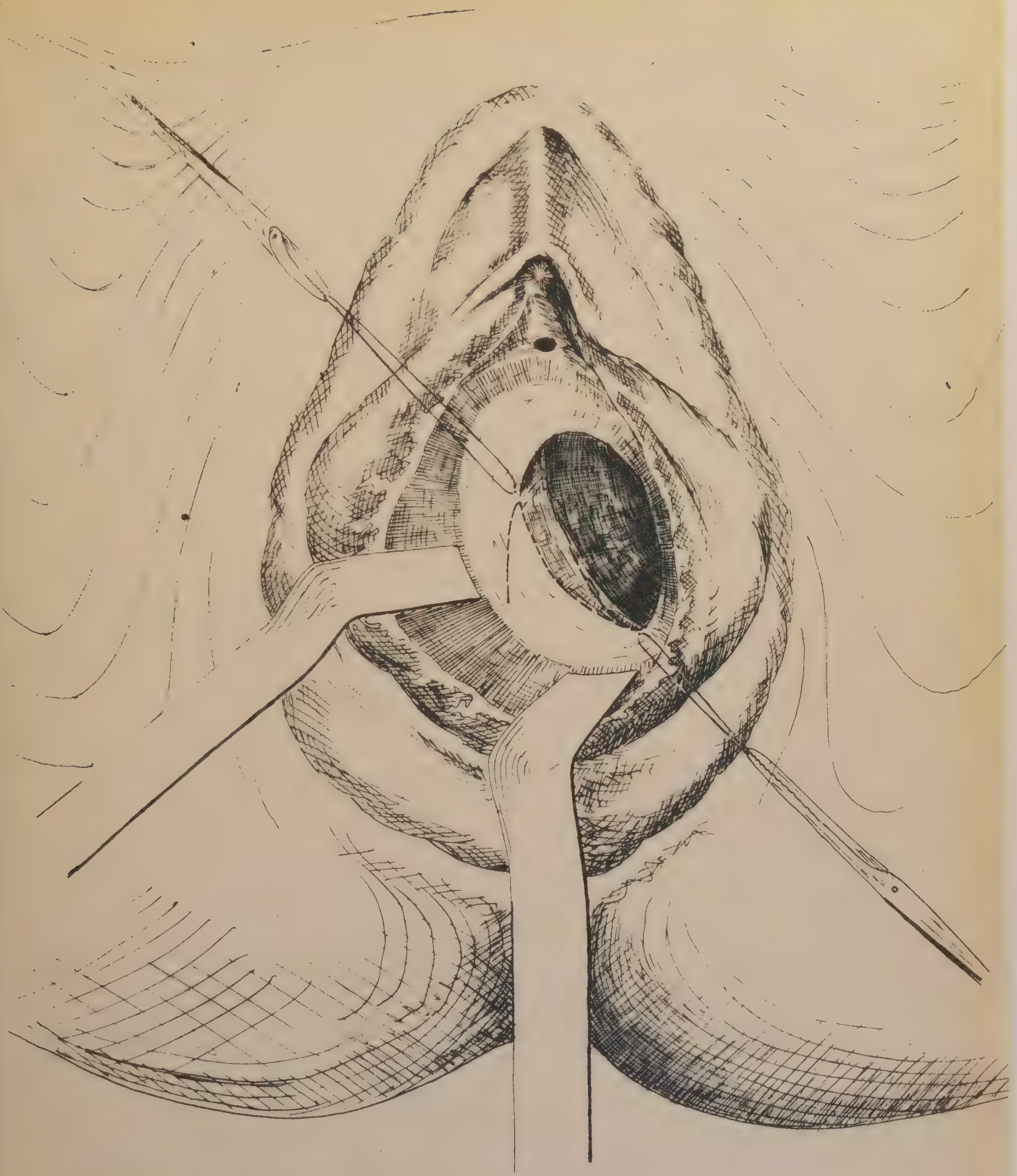


Fig.8: Tracé de l'incision en "Z" (vue oblique)

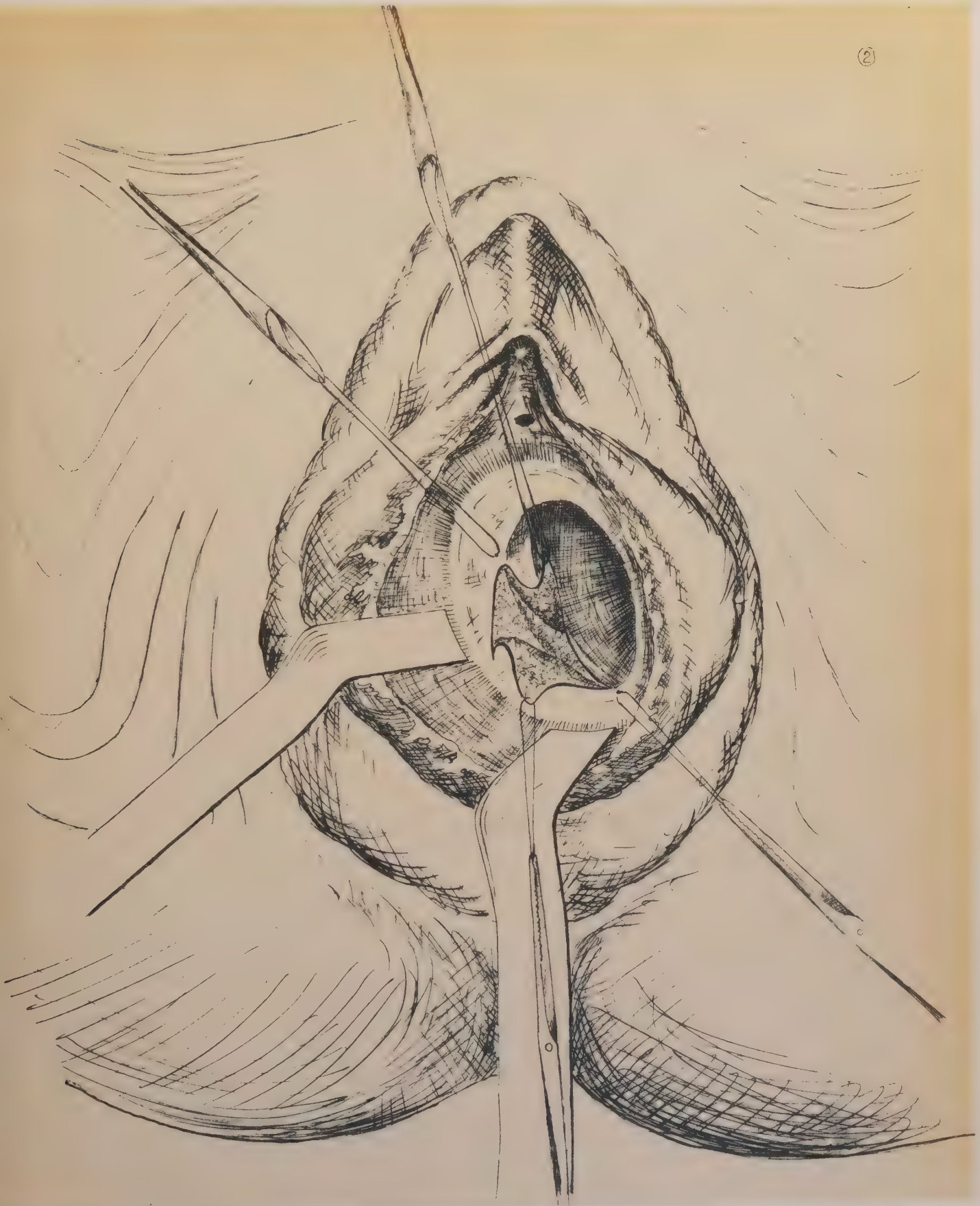


Fig. 9 : Dissection des lambeaux

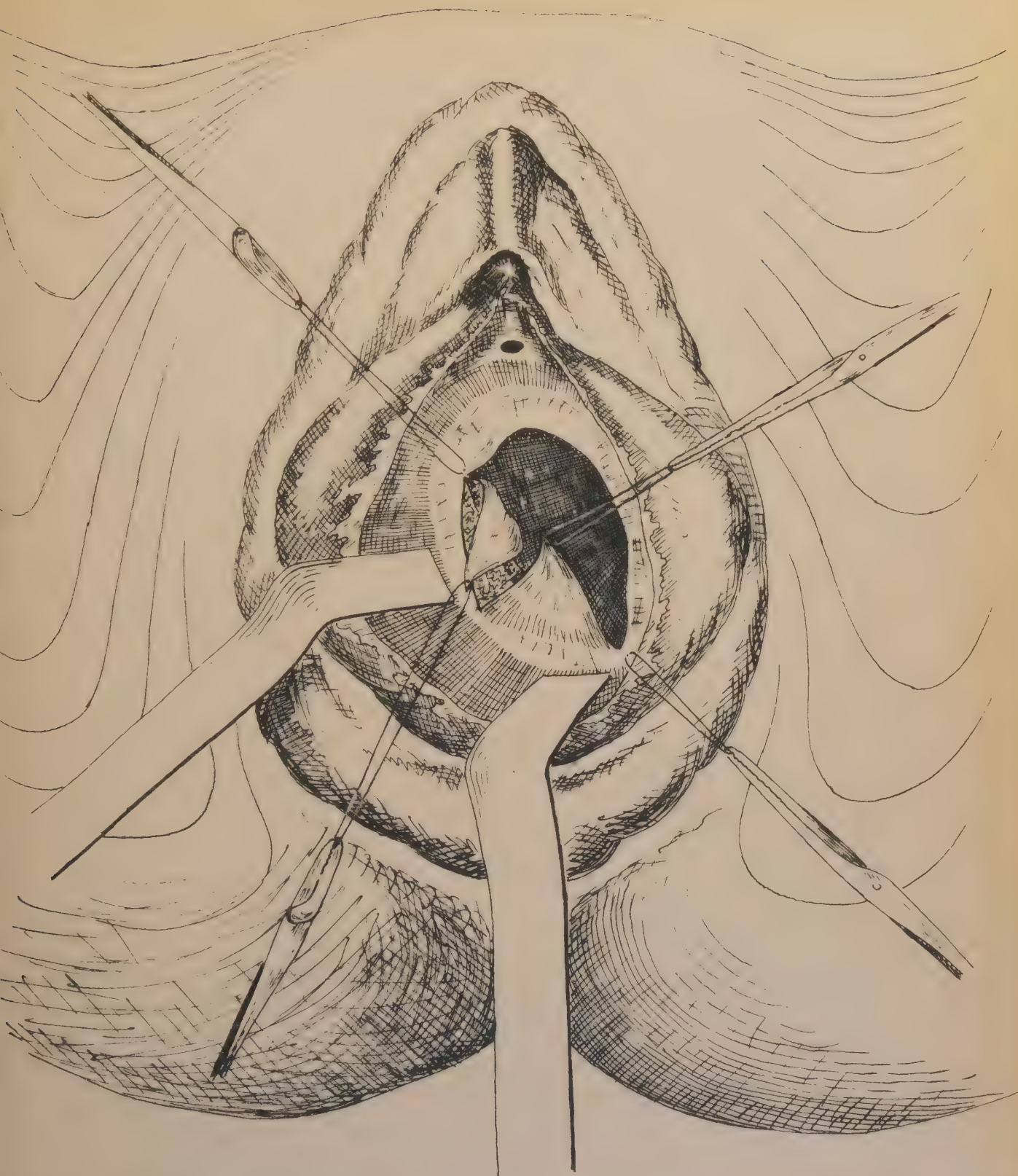


Fig. 10: Croisement des lambeaux

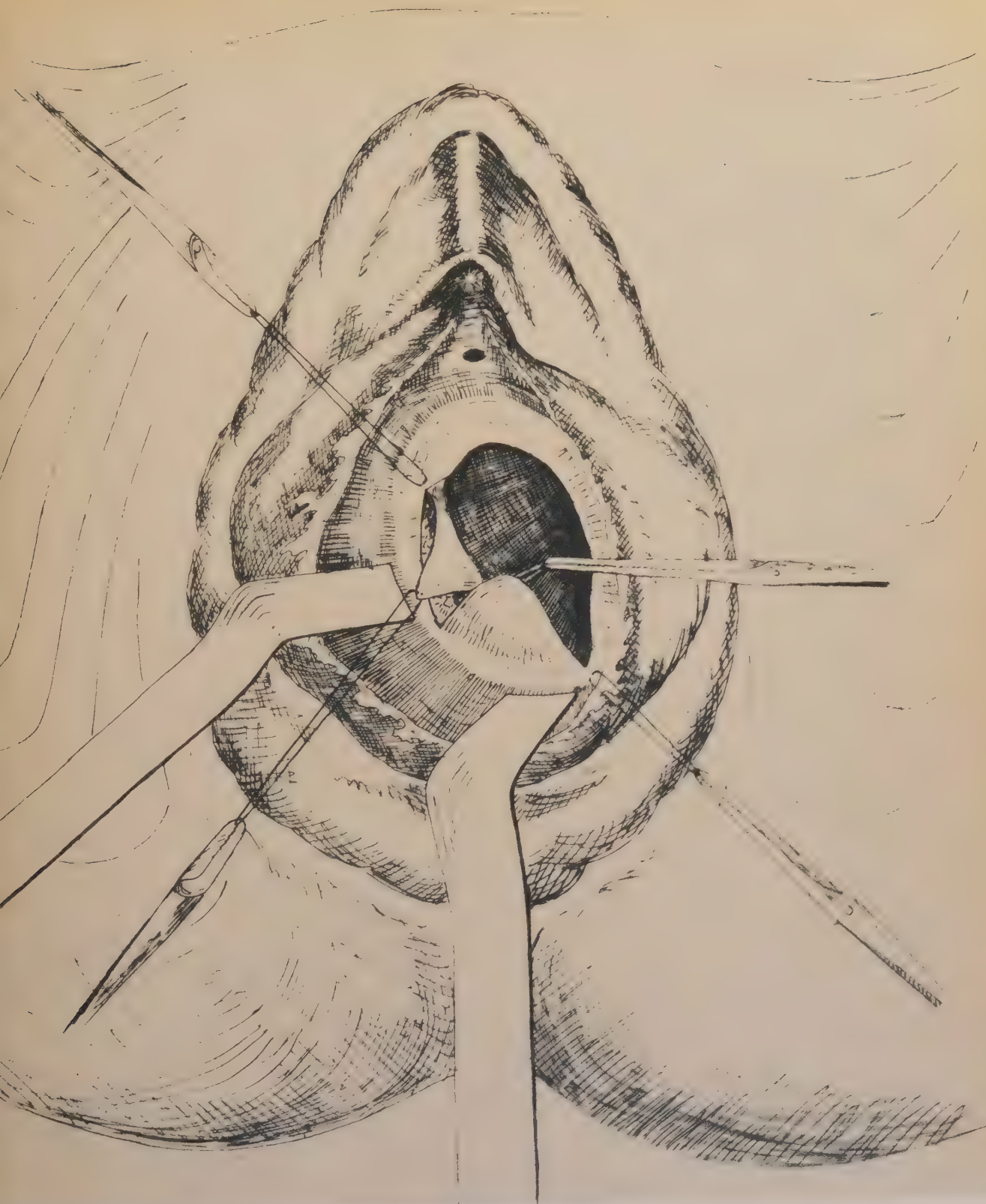


Fig. II : Nouvelles positions des lambeaux

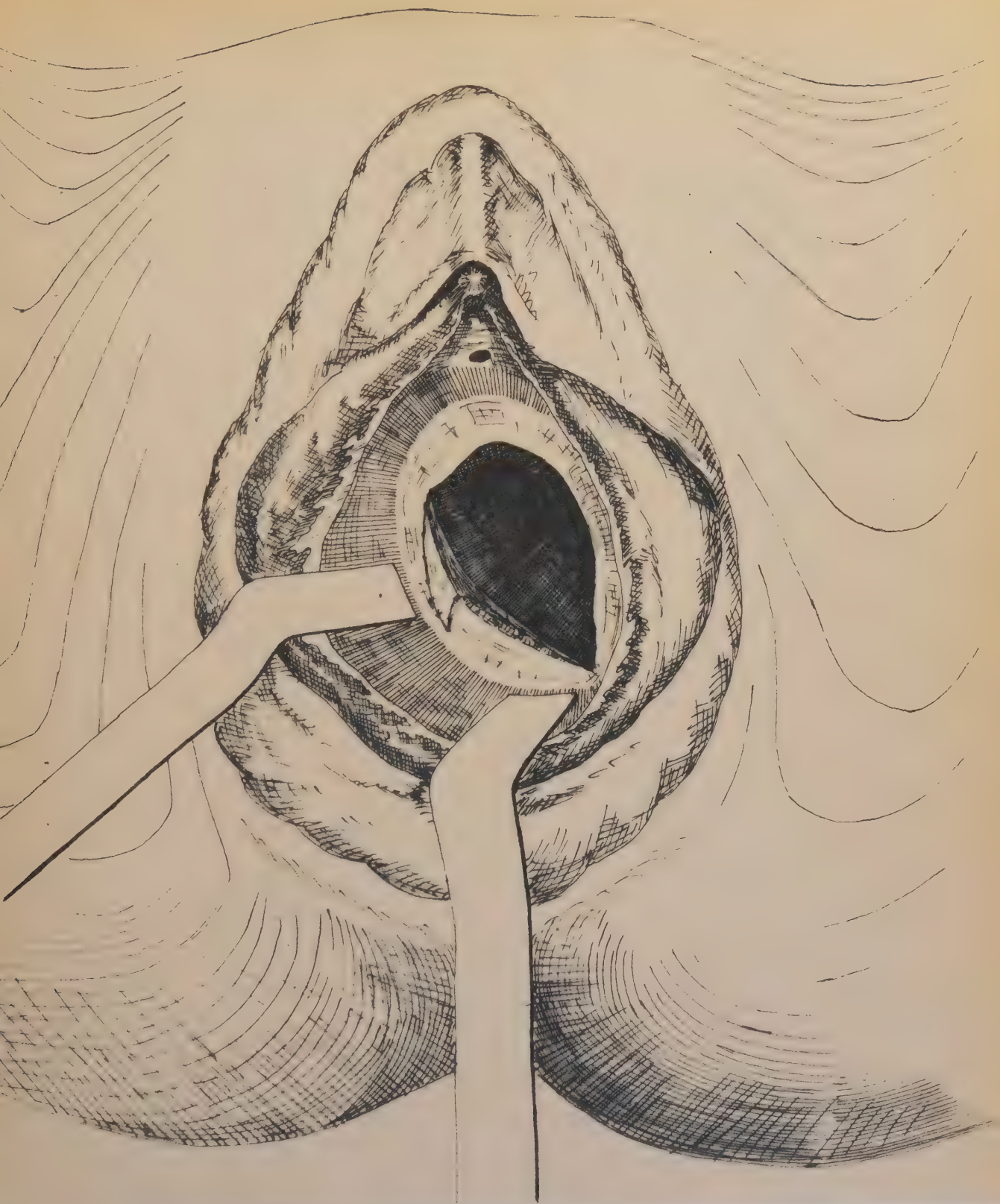


Fig. I2 : Suture. Résultat définitif : effacement d'un tiers du diaphragme (vue oblique)

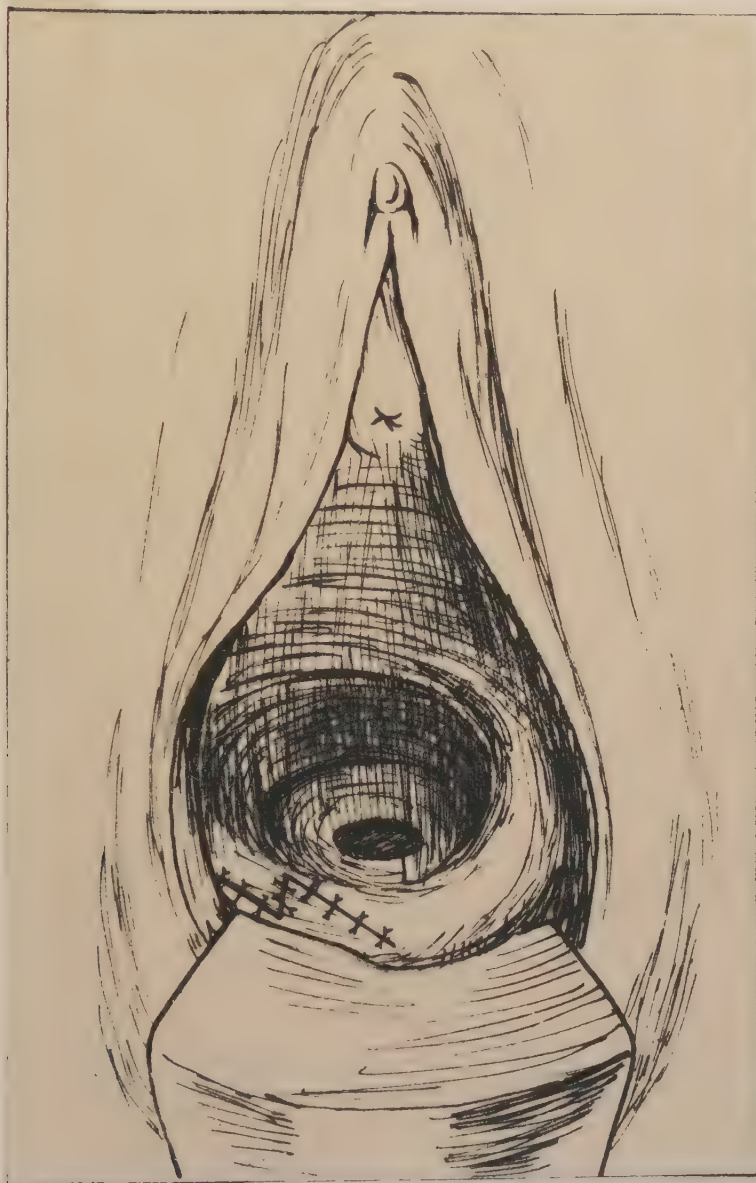


Fig. 13 : Suture. Résultat définitif : effacement d'un tiers du diaphragme (vue de face).

la première opération a été obtenue.

- 2) les cas où le fond du vagin est malformé, infundibulaire.

Ici, les résultats opératoires sont nettement moins bons du fait du manque d'étoffe. L'étendue des tracés du "Z" doit tenir compte de l'ampleur de la cavité sous-jacente.

- 3) les cas de premier résultat insuffisant.

Il peut arriver, lorsque l'orifice du diaphragme est très étroit, qu'une première intervention plastique ne permette d'obtenir qu'une amélioration insuffisante. En raison de la qualité excellente de la cicatrisation de la plastie en "Z" qui, ainsi qu'il est habituel lorsqu'on intervient sur des muqueuses, ne laisse aucune trace visible après plusieurs mois, il est facile de pratiquer des "Z" d'allongement itératif.

- 4) Nous voyons donc, en conclusion, que des interventions en plusieurs temps, espacées dans un délai de trois mois environ, peuvent être nécessaires; ces réinterventions, toujours faciles, améliorent la qualité des résultats.

Soins postopératoires

La pratique de la diathermie vaginale ou d'injections locales d'hydrocortisone peuvent représenter des adjuvants utiles.

Mais beaucoup plus intéressante est, dans certains cas, la collaboration d'un psychiatre, nécessaire pour lever, chez certaines femmes, des réflexes conditionnels gênants et progressivement installés.

Chapitre VII :

INDICATIONS THERAPEUTIQUES ET CONDUITE A TENIR

Nous nous proposons d'exposer, dans ce chapitre, des opinions de notre Maître, le Docteur MUSSET .

A) AVANTAGES DU PROCEDE DE PLASTIE EN "Z" DANS LE
TRAITEMENT DES CLOISONS TRANSVERSALES DU VAGIN
D'ORIGINE CONGENITALE.

S'il est bien évident que les anciens procédés de débridement, d'incision cruciale ou de resection des septa vaginaux doivent être définitivement abandonnés, le choix n'en demeure pas moins légitime, encore actuellement, entre l'utilisation du procédé décrit par GRANJON et le procédé de la plastie en "Z".

Sans aucun doute, le procédé de l' "Y" transformé en "V" a apporté un progrès considérable ; le Docteur MUSSET l'a utilisé autrefois à plusieurs reprises.

Cependant, le Docteur MUSSET lui reproche un certain nombre d'inconvénients que nous rapportons ci-dessous et qui lui ont fait abandonner depuis deux ans ce

procédé au profit de la plastie en "Z".

Le tracé de la branche rectiligne de l'Y est souvent malaisé et les lambeaux décollés sont minces et mal étoffés en raison du clivage en deux de l'épaisseur du diaphragme. Il existe ici un contraste saisissant avec l'aisance d'exécution des incisions et l'épaisseur des lambeaux fort bien étoffés que procure la plastie en "Z".

La ligne de suture terminale, dans le procédé de MOCQUOT-GRANJON, se trouve dans le même plan et la même direction que la cloison primitive. Dans la plastie en Z au contraire, l'incision qui correspond à la branche centrale du Z primitif se fait tout au long de la crête de la cloison et, en raison de la transposition et de la rotation de 90 degrés, se trouve, après suture, perpendiculaire à la zone verticale de rétraction.

Le point cardinal au sommet du lambeau triangulaire a souvent tendance à lâcher, la désunion étant facilitée par la tension de la suture en ce point et par la tendance au sphacèle de la pointe du lambeau triangulaire. Il peut en résulter une nouvelle bride rétractile que l'on n'a pas à craindre dans la plastie en Z où les lambeaux prennent facilement, sans aucune traction, leur nouvelle position. Si même survenait un sphacèle des pointes, celui-ci ne serait pas à craindre puisque ces pointes se trouvent éloignées de la zone de rétraction transversale et situées sur une verticale perpendiculaire à la zone de rétraction.

Enfin, l'allongement que donne le procédé de MOC-

QUOT-GRANJON est certainement moindre que l'allongement procuré par la plastie en "Z".

Aussi, pour toutes ces raisons, le Docteur MUSSET a-t-il décidé d'utiliser exclusivement désormais, pour la cure chirurgicale des cloisons transversales du vagin, la technique de la plastie en "Z" en série, dont le Docteur MOREL-FATIO fut, en cette matière, le promoteur.

B) INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Les indications thérapeutiques en matière de diaphragmes vaginaux ont été résumées par notre Maître le Docteur MUSSET dans un article actuellement sous presse et que nous rapportons in-extenso.

Les diaphragmes complets imperforés doivent être opérés rapidement, mais cependant sans hâte excessive, après qu'aient été pratiquées l'identification précise du siège de la rétention menstruelle et la vérification de l'état tubaire par coelioscopie. L'évacuation et la collection est à réaliser exclusivement par un débridement de la cloison par les voies naturelles. Nous rejetons le procédé de PATEL et CANTONI de vidange par laparotomie, car l'hématocolpos isolé est beaucoup plus fréquent que l'hématométrie ou l'hématosalpinx. Le danger d'infection ascendant se trouve, de nos jours, considérablement réduit, et nous jugeons enfin excessif le sacrifice délibéré des trompes chez des femmes à l'aube de leur vie génitale, même en cas d'hématosalpinx, car il ne nous semble pas impossible qu'une récupération fonctionnelle puisse se faire à la longue.

En revanche, il est indispensable de favoriser la vidange utérine par des perfusions d'extrait post-hypophysaire et de prévenir l'infection ascendante par l'administration locale et générale d'antibiotiques.

En un deuxième temps, fixé de préférence après les premières règles spontanées conséquentes, la cloison transversale sera effacée par une plastie de 3 "Z" en série.

Les cloisons perforées, fonctionnellement muettes, contre-indiquent tout traitement. Il est absolument inutile, sinon nuisible, de chercher à les réduire si les malades s'en accomodent.

Les cloisons perforées, cause de dyspareunie sérieuse, réclament impérieusement la cure chirurgicale.

La plastie en "Z" en série sera entreprise en période post-menstruelle, et après guérison de la moindre vaginite. Il y a intérêt, si l'orifice de la cloison est étroit, à dilater celui-ci soit extemporanément au cours de l'intervention avec des bougies métalliques, soit préalablement par la mise en place de laminaires creuses.

Il pourra être nécessaire, dans quelques cas, d'intervenir en plusieurs temps, soit qu'existent des diaphragmes superposés, soit qu'une première plastie en Z n'ait donné qu'une amélioration insuffisante. En raison de la qualité excellente de la cicatrisation de la plastie en Z qui ne laisse aucune trace visible après plusieurs mois, il est facile de pratiquer des Z d'allongement itératifs.

Chez la femme enceinte l'attitude **thérapeutique** varie selon le terme de la grossesse au cours duquel est reconnue la cloison.

Si la patiente est examinée durant la première moitié de la grossesse, l'intervention plastique doit être exécutée sans hésitation en raison de l'action très fâcheuse de l'accouchement par les voies naturelles. La crainte d'un avortement post-opératoire hypothétique ne doit pas faire tergiverser.

Passé le terme du 5ème mois, mieux vaut s'abstenir en raison de la fréquence des vaginites de la grossesse, de l'hypervascularisation locale et de la gêne apportée par la constitution du segment inférieur. Mais nous estimons que l'accouchement par les voies naturelles ne doit être autorisé que dans les cas où il s'avère facile et peu traumatisant pour un diaphragme souple à l'orifice large. En cas contraire, nous rejetons formellement les dilatations brutales aux doigts et les incisions dont nous avons pu constater les mauvais effets. Sans hésiter, nous estimons nécessaire la pratique d'une césarienne prophylactique lorsqu'il existe une cloison serrée ou épaisse, car mieux vaut à coup sûr pratiquer une bénigne intervention par voie haute plutôt que de compromettre gravement la vie sexuelle future de la patiente.

Chapitre VIII :

OBSERVATIONS ET ANALYSE
DES RESULTATS

A) OBSERVATIONS

- Observation N° I - (Observation princeps de MOREL-FATIO)

Madame S., 28 ans, vient consulter pour dyspareunie d'apparition relativement récente après accouchement. Elle n'a eu qu'un enfant, âgé actuellement de trois ans. Accouchement facile.

Un an après l'accouchement, se met à éprouver des douleurs lors des rapports, qu'elle redoute de plus en plus.

Au toucher vaginal, on a des difficultés à sentir le col qui paraît normal mais dont les doigts restent séparés par un diaphragme vaginal qui semble situé à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du vagin.

Au spéculum, on se trouve en présence d'un diaphragme souple fait de muqueuse saine, de forme générale annulaire et dont la lumière semble mesurer deux centimètres et demi de diamètre. Cet anneau se présente comme une bride à parois souples et semble justiciable de

plasties en Z au même titre qu'une bride cutanée.

Intervention (Août 1948) :

Sous anesthésie générale le vagin est écarté en avant et en arrière par deux valves. On fait deux plasties latérales avec incision première du bord libre de la bride sur le quadrant **droit**, puis débridement oblique à 60 degrés sur la muqueuse vaginale, en aval, à partir d'une des extrémités de l'incision moyenne.

Le débridement opposé est fait ensuite facilement sur la muqueuse, en amont, en partant de l'autre extrémité de l'incision moyenne et en respectant l'angle de 60 degrés.

Même technique du côté gauche.

Suture au catgut fin.

En fin d'intervention, le vagin a retrouvé son aspect cylindrique et le col et les culs-de-sac doivent être largement exposés.

Suites opératoires simples. Quitte l'Hôpital au huitième jour.

Disparition rapide des douleurs dans les rapports. Se montre très satisfaite.

Perdue de vue.

Résumé : Diaphragme incomplet, annulaire, à orifice relativement large, situé à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du vagin. Il est ignoré par la malade jusqu'au premier accouchement. Un an après celui-ci, il provoque une forte dyspareunie. Plastie en "Z". Bons résultats.

- Observation N° 2 -

Madame R. Jeanne, âgée de 35 ans, vien consulter à l'Hôpital Lariboisière le 11 Novembre 1951 pour

- aménorrhée secondaire (les dernières règles datent du 15 Mars 1951), et
- dyspareunie secondaire **gravative** depuis le dernier accouchement.

L'interrogatoire apprend qu'après une puberté normalement apparue à l'âge de onze ans, cette jeune femme accouche spontanément en 1941, 1944 et 1947.

L'examen révèle une grossesse normale au terme de deux mois et demi, et la présence d'un diaphragme circulaire falciforme en croissant à concavité antérieure, située au tiers inférieur du vagin et admettant l'introduction d'un doigt. La cloison est épaisse et scléreuse, recouverte d'une muqueuse irritée et très douloureuse au toucher.

La malade est opérée le 20 Juin 1952, six mois après un accouchement normal suivi d'une accentuation de la dyspareunie.

Le Docteur MOREL-FATIO procède à une plastie de deux "Z" en série. L'effacement du diaphragme met en évidence la présence d'un autre diaphragme plus haut situé mais lâche et souple qui n'est pas traité.

Les résultats opératoires sont très satisfaisants. La malade est revue quelques mois après l'opération; elle déclare avoir des rapports sexuels normaux.

Résumé : Diaphragme incomplet, falciforme, ayant provoqué une dyspareunie secondaire à la suite d'accouchement spontané par voies naturelles. Plastie en Z qui met en évidence l'existence du deuxième diaphragme plus haut situé.

- Observation N° 3 -

Madame J. Simone, 26 ans, vient consulter en ville le Docteur MUSSET le 26 Novembre 1955 pour une dyspareunie secondaire, absolue, rendant tout rapport sexuel impossible depuis un accouchement difficile en Novembre 1954.

L'interrogatoire apprend que cette malade, mariée en 1952, avait jusqu'à son accouchement mené une vie sexuelle absolument normale et satisfaisante. En Novembre 1954, après un travail prolongé, une grande extraction du siège est pratiquée sur un foetus pesant 3 kg 250. Le foetus succombe aux manoeuvres d'extraction qui ne provoquent pas la moindre déchirure périnéale mais deux petites plaies superficielles à la face interne de petites lèvres près de la fourchette, dont la cicatrisation lente à faire demeure fragile.

L'examen montre que le périnée ne présente aucune lésion traumatique.

La cicatrice à la face interne des petites lèvres est très mince et rougeâtre. On note surtout la présence d'un diaphragme transversal à l'union du tiers supérieur et du tier moyen du vagin, annulaire, dont l'orifice admet à peine la pulpe du doigt et qui est très nettement scléreux et cicatriciel. Se révèle très douloureux au toucher.

Une plastie par trois "Z" en série est pratiquée à l'Hôpital Lariboisière le 11 Mars 1956 par le Docteur MUSSET qui associe en outre un éversement des cicatrices fragiles des petites lèvres par une opération de POZZI.

La malade revue le 15 Juin 1956 déclare avoir des rapports sexuels satisfaisants. On ne voit pas trace de cicatrices sur la muqueuse vaginale.

La cloison est totalement effacée à gauche; à droite, il persiste encore un léger relief.

Résumé : Diaphragme incomplet, annulaire, rendu scléreux et cicatriciel par un accouchement dystocique qui a provoqué une dyspareunie secondaire absolue. Plastie en "Z". Bons résultats.

- Observation N° 4 -

Madame G., 48 ans, vient consulter le Docteur DEVRAIGNE à l'Hôpital Lariboisière pour dyspareunie apparue secondairement peu après un accouchement spontané, naturel, en 1935, à l'occasion duquel un diaphragme vaginal, jusqu'alors cliniquement latent, avait été découvert fortuitement. La dyspareunie secondaire s'aggrave peu à peu pour aboutir à l'impossibilité totale des rapports sexuels.

A l'examen on constate une cloison transversale siégeant à environ un centimètre au-dessous du col, annulaire à orifice étroit.

Une plastie en "Z" (opérateur: Docteur DEVRAIGNE) aboutit à rétablir le calibre normal du vagin.

Toute cicatrice muqueuse est invisible un mois après l'intervention, les rapports sexuels sont satisfaisants.

Résumé: Diaphragme incomplet, annulaire à orifice étroit, ayant provoqué une dyspareunie secondaire à la suite d'accouchement spontané par voies naturelles. Plastie en "Z". Bons résultats.

- Observation N° 5 -

Mademoiselle B. Yvette, 30 ans, vient consulter le Docteur MUSSET en mai 1955 pour leucorrhée et parce qu'elle se sait porteuse d'un diaphragme vaginal dont elle réclame un traitement avant de débiter sa vie sexuelle.

A l'examen on constate l'état normal des récepteurs vaginaux bien qu'il existe cependant une certaine hypoplasie génitale.

La malade était encore vierge mais son hymen annulaire très lâche permet facilement d'introduire un doigt.

L'exploration digitale et au spéculum de vierge révèle la présence d'une cloison transversale située à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du vagin, peu au-dessus de l'hymen, dont l'orifice très serré admet à peine le passage d'une bougie de HEGOR N° 10. L'utérus était en rétroversion congénitale mobile.

En raison du psychisme un peu particulier de cette jeune fille, le Docteur MUSSET décide d'intervenir afin d'éviter un choc moral procuré par une dyspareunie primaire.

Une plastie de trois "Z" en série est réalisée à la maternité de l'Hôpital Lariboisière le 25 Juin 1955.

Le résultat est exceptionnellement bon, la cavité vaginale étant devenue absolument normale. Les rapports sexuels sont satisfaisants.

Résumé : Diaphragme incomplet, annulaire, à orifice très étroit, chez une vierge. Plastie en Z. Bons résultats.

- Observation N° 6 -

Madame C. Louise, 20 ans, vient consulter le Docteur MUSSET le 23 Novembre 1955 pour dyspareunie primaire entraînant l'impossibilité de tout rapport sexuel.

L'examen montre chez cette femme, mariée depuis deux ans, des conditions locales et générales très défavorables. Le psychisme, à la suite d'un attentat à la pudeur à l'âge de 7 ans, est très affecté.

Par ailleurs l'examen montre chez cette grande jeune femme, par ailleurs bien développée, la persistance d'un hymen intact, l'existence d'une cloison transversale, annulaire, congénitale, serrée, située à la mi-hauteur du vagin; l'existence de cloisonnement étagé est clairement démontré par vaginographie. (deux diaphragmes superposés).

La malade est opérée le 27 Novembre 1955 (Docteur MUSSET). Deux séries de "Z" sont pratiquées sur deux diaphragmes superposés. On constate ensuite l'existence d'un troisième diaphragme immédiatement situé au-dessous du col utérin et sur lequel on n'intervient pas; le fond du vagin apparaît également infundibulaire et mal développé.

Un traitement de diathermie vaginale et une psychothérapie (Docteur MICHEL) sont institués, à la suite desquels la malade peut, pour la première fois, avoir des rapports qui demeurent cependant douloureux.

Les résultats ne sont donc pas parfaits et le Docteur MUSSET se propose d'intervenir pour le troisième diaphragme.

Résumé: Trois diaphragmes incomplets, étagés, pro-

voquant une dyspareunie primaire. Le fond du vagin malformé, infundibulaire. Facteur psychique aggravant le problème thérapeutique. Plastie en "Z" sur les deux diaphragmes. Résultats médiocres.

- Observation N° 7 -

Madame K. Lisette, 32 ans, vient consulter pour dyspareunie secondaire depuis un accouchement spontané par voies naturelles.

On constate à l'examen un diaphragme vaginal (semi-circulaire en croissant postérieur, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du vagin.

La malade est opérée le 18 Avril 1954 (Docteur MUSSET). Deux plasties en "Z" latérales sont pratiquées. La malade est revue le 21 Mai 1954 : les résultats sont excellents.

Résumé : Diaphragme incomplet, semi-circulaire, ayant provoqué une dyspareunie secondaire à la suite d'accouchement spontané et naturel. Plastie en "Z" . Très bons résultats.

- Observation N° 8 -

Madame Z., 20 ans, vient consulter le 10 Mai 1956 pour aménorrhée secondaire et dyspareunie primaire accentuée.

L'examen montre un état normal de la vulve et la présence d'un diaphragme vaginal situé à la partie basse du vagin peu au-dessus de vestiges hyménéaux, perforé par un orifice central lenticulaire.

La cavité sus-jacente au diaphragme est spacieuse, ainsi qu'en témoigne la vaginographie.

Le toucher rectal permet de vérifier que le col est bien constitué et que l'utérus en bonne position est gravide au terme de deux mois.

La malade est opérée le 24 Mai 1956. Une première plastie est réalisée d'une façon très satisfaisante entre dix heures et six heures. Du côté gauche, on a le tort d'essayer de ne faire qu'une seule plastie en "Z", entendu: de six heures à midi. Des difficultés de réalisation technique se présentent alors : les trois branches du "Z" ne sont pas d'égale longueur et la plastie est ainsi médiocre du côté gauche.

Le manque de recul ne permet pas de juger des résultats, mais il est probable qu'une intervention itérative sera nécessaire.

Résumé : Diaphragme incomplet, annulaire, provoquant la dyspareunie primaire, découvert à l'occasion d'un examen prénatal (deuxième mois de grossesse).

L'opération est pratiquée immédiatement afin d'éviter le traumatisme obstétrical sur le diaphragme.

- Observation N° 9 - (observation de SNOECK de Bruxelles⁽³⁶⁾)

Dossiers N°: obst. I69/4I; obst. 408/42; C.A.D. 84I60.

Antécédents généraux :

La jeune femme qui nous consulte signale dans ses antécédents gynécologiques des premières règles apparues à 13 ans et accompagnées d'une violente crise abdominale ayant fait envisager une intervention

chirurgicale, lorsque la veille de celle-ci la malade élimine une "masse" de sang noir du volume d'un poing, véritable moule d'une cavité dont la nature n'a pas été reconnue à cette époque.

Le diagnostic d'hématocolpos posé à ce moment n'a pas été retenu vu l'existence d'un hymen normalement perforé.

Premier séjour : (I69/4I)

A l'âge de 28 ans, la patiente se présente pour un début de grossesse. Elle signale d'une part que depuis la puberté les règles se sont produites régulièrement et qu'elles sont accompagnées de douleurs très supportables qui n'entravent en rien l'activité professionnelle de l'intéressée; d'autre part, qu'un médecin l'ayant examinée n'aurait pas trouvé de col utérin.

A l'examen gynécologique, on constate que le vagin se termine par un dôme lisse et régulier, sans apparence de col ni d'orifice cervical. L'ensemble ayant un aspect très comparable à celui d'un vagin créé artificiellement, par la méthode des membranes amniotiques par exemple. Ce conduit vaginal est très spacieux, de longueur normale, et admet facilement deux doigts. Tout au plus y a-t-il une légère atrésie dans sa partie profonde. On ne sent ni repli fal-ciforme, ni stricture annulaire.

A l'examen au spéculum, on ne repère pas à ce moment l'orifice punctiforme qui doit exister puisqu'il y a grossesse, et une recherche patiente au stylet boutoné plusieurs fois répétée restera négative jusqu'au huitième mois de la gestation.

A ce moment on constate que la portion la plus profonde du dôme vaginal est occupée par une zone de quinze millimètres de diamètre environ, de coloration vineuse, ne faisant pas relief sur la muqueuse environnante qui est de coloration plus claire. Le centre de cette tache violacée est occupé par un petit orifice de la taille d'une tête d'épingle par où s'échappe un mince filet de liquide translucide. Le diagnostic d'absence congénitale de la portion vaginale du col paraît évident.

Les premières contractions utérines apparaissent au terme de la grossesse le 22 Février 1941, à cinq heures du matin. Lors de l'examen pratiqué le même jour à midi et demie, on constate la même situation que précédemment et on note l'absence des culs-de-sac vaginaux. L'orifice punctiforme est retrouvé, inchangé. Les contractions utérines se suivent régulièrement et vers dix-sept heures, elles ont un rythme de deux minutes pour une durée de cinquante secondes. Comme à ce moment un dernier examen ne montre aucun changement dans la disposition des parties molles, sur lesquelles d'ailleurs le sommet du fœtus n'appuie pas, une intervention abdominale est décidée. Une césarienne basse classique est pratiquée à dix-huit heures sans incidents. Après l'extraction de l'enfant et le décollement du placenta, un doigt est introduit dans la cavité utérine, à sa partie inférieure, et perçoit un canal dur, perméable à deux doigts à peine, se terminant en cul-de-sac. Au centre de cette formation, l'index reconnaît une petite dépression que l'on tente de dilater prudemment au doigt. Sans trop insister, on cesse cette manoeuvre.

vre dès qu'on a l'impression qu'un orifice suffisant met en communication les cavités utérine et vaginale. Les suites opératoires sont banales et notamment l'écoulement des lochies et l'involution utérine se font normalement. Lors de l'examen de sortie, on retrouve la disposition décrite plus haut.

Immédiatement au contact du dôme vaginal, on perçoit un cylindre dur paraissant faire corps avec celui-ci et se continuant vers le haut dans l'utérus.

Deuxième séjour : (408/42)

Une seconde grossesse se termine le 4 Mai 1942 dans des conditions très semblables.

Au cours du développement de la gestation comme à l'occasion de l'accouchement, les mêmes constatations sont faites et aboutissent aux mêmes conclusions. L'opération césarienne itérative ne présente aucune particularité et les suites opératoires sont strictement normales, cette fois encore.

Troisième séjour: (C.A.D. 84I60)

En mars 1954, soit treize ans après la première opération césarienne, la malade, maintenant âgée de 41 ans, revient nous consulter pour de violentes crises dysménorrhéiques apparaissant tous les mois depuis plus d'un an et dont les douleurs vont s'aggravant au point d'être actuellement intolérables. Ces crises douloureuses sont accompagnées de température et de règles ménorragiques.

A l'examen gynécologique, on retrouve la disposition vaginale déjà décrite. Continuant le vagin et dans l'axe de celui-ci, on trouve une masse oblongue, indolore et bien mobile, située en antéversion sur la ligne

médiane. Elle est prise pour le corps utérin, lequel porte sur son fond une tumeur volumineuse légèrement déviée à droite, également à grand axe vertical et dont le pôle supérieur dépasse la symphyse pubienne de deux travers de doigt.

Le diagnostic de fibrome utérin, cause de la dysménorrhée et des ménorragies paraît évident et une hystérectomie totale est pratiquée quelques jours plus tard.

Cette intervention devait, par l'examen de la pièce anatomique, permettre la rectification des diagnostics posés jusqu'alors.

Voici tout d'abord les constatations opératoires:

A l'ouverture de la cavité péritonéale, libre de toute adhérence, on reconnaît un utérus passablement augmenté de volume, mais sans fibrome. Il est implanté dans la profondeur sur une masse dure dont la nature exacte ne peut être précisée dès l'abord. Au cours de l'hystérectomie pratiquée suivant la technique d'ALDRIDGE, on ouvre ce qu'on croit être le vagin, au niveau du pôle inférieur de la masse sous-utérine. On tombe dans une grande cavité du volume d'un utérus normal, contenant dix à quinze centimètres cubes d'un sang épais, visqueux et noir. On se rend compte à ce moment qu'on se trouve dans une cavité vaginale surdiaphragmatique, véritable hémato-colpos supérieur. Le pôle supérieur de cette cavité étant occupé par les lèvres antérieure et postérieure du col, largement béantes. Le décollement de la vessie est poursuivi, de façon à pouvoir exciser le dôme vaginal dans son entièreté. Les suites opératoires sont banales.

Examen de la pièce anatomique :

Celui-ci montre clairement la disposition juxta-cervicale du diaphragme vaginal. Ce dernier est déprimé en son centre par le sang retenu dans cette cavité cervico-vaginale supérieure. On est frappé par l'épaisseur de ce diaphragme, la longueur et la finesse du pertuis transdiaphragmatique, ainsi que par son insertion directe sur les lèvres antérieure et postérieure du col. Les prélèvements faits aux différents endroits montrent en effet, au faible grossissement, les éléments suivants :

- à la partie inférieure : un lambeau d'épithélium vaginal présentant toutes les caractéristiques de l'épithélium normal;
- tandis que la partie moyenne et supérieure montre du tissu conjonctif dont les éléments sont mêlés à des fibres musculaires.

Discussion :

L'origine congénitale des siaphragmes vaginaux est évidente et paraît bien être la conséquence d'un trouble dans l'organogenèse du vagin. La figure 5 empruntée à HAMILTON montre la disposition du sinus uro-génital et du vagin telle qu'elle se rencontre chez l'embryon humain de 151 millimètres. On y reconnaît le sinus uro-génital et, d'autre part, sous le col utérin, le vagin mullérien. Celui-ci montre trois zones dont on pourrait dire qu'elles sont favorables à des troubles d'organogenèse : l'une inférieure, au niveau de l'hymen, la seconde dans la portion moyenne du conduit vaginal, la dernière enfin, immédiatement sous l'orifice externe du col. C'est à ce dernier type que se rapporte notre observation,

et c'est le contact étroit du diaphragme avec le tissu cervical qui en a rendu le diagnostic difficile.

Ajoutons que si les malformations inférieures (imperforations hyménéales) ou moyennes (cloisonnements vaginaux, transversaux plus ou moins complets) sont d'une relative fréquence, les diaphragmes sous-cervicaux sont exceptionnels.

Résumé :

Diaphragme incomplet, à petit orifice, situé immédiatement au-dessous du col. On fait le diagnostic d'absence congénitale de la portion vaginale du col. On pratique deux césariennes itératives au cours de deux grossesses (1941 et 1942). Enfin, le diaphragme provoque l'hématocolpos (qui est pris pour un fibrome). On pratique l'hystérectomie et on rectifie alors les erreurs du diagnostic.

B) ANALYSE DES OBSERVATIONS

L'analyse des observations confirme bien le rôle aggravant de l'accouchement par les voies naturelles puisque cinq fois sur nos huit observations originales une dyspareunie secondaire est apparue après l'accouchement.

Sur les trois malades restantes : une était vierge (observation N° 5), une autre (observation N° 6) présentait une dyspareunie primaire d'origine psychique (choc émotif à la suite d'un attentat à la pudeur) et seule, la malade de l'observation N° 8 souffrait de la dyspareunie bas située à l'orifice lenticulaire.

Des résultats opératoires se sont révélés bons dans l'ensemble (six fois sur huit). Le résultat a été mauvais dans l'observation N° 6 où il existait un élément psychosomatique extrêmement accentué que l'on n'a pas réussi à vaincre jusqu'à présent. C'est en raison de l'atteinte psychique de cette femme qu'aucun rapport n'avait pu être consommé avant l'opération. C'est cette atteinte psychique qui gêne encore en partie actuellement les relations sexuelles, plus même peut-être que les conditions locales, bien que celles-ci soient particulièrement défavorables en raison de l'existence de diaphragmes étagés et de déformation infundibulaire du fond du vagin mal étoffé.

Enfin, il est prématuré de se prononcer actuellement sur les suites fonctionnelles de l'intervention pratiquée récemment chez la malade de l'observation N° 8, enceinte de deux mois et demi. Nous nous proposons de surveiller, tout particulièrement dans ce cas, la marche de l'accouchement et l'influence de celui-ci sur l'eupareunie.

Dans l'ensemble, nous pensons que la qualité des résultats dépend

- de l'état psychique de la malade,
- du développement du vagin qui peut être atteint d'hypoplasie ou d'atrésie dans sa partie supérieure,
- de l'existence de diaphragmes multiples, superposés.

Mais la facilité d'exécution de la plastie en "Z", la qualité remarquable de la cicatrisation qui ne laisse pas de traces visibles au bout d'un mois, la bénignité de l'intervention, permettent certainement d'améliorer les résultats par la pratique éventuelle d'opérations itératives.

CONCLUSIONS

1) L'indication du traitement chirurgical des cloisons transversales du vagin d'origine congénitale repose

- sur la constitution anatomique du diaphragme
- et sur l'apparition des troubles fonctionnels qu'il provoque.

2) L'indication est absolue dans les cas de cloisons non perforées déterminant une rétention sanguine menstruelle sus-jacente. L'attitude thérapeutique définie à ce propos, en 1947, par GRAN-JON demeure absolument actuelle, toute intervention abdominale représentant une éventualité d'exception.

3) A l'opposé, un certain nombre de cloisons transversales et bien supportées ne réclame aucune intervention chirurgicale.

4) Les diaphragmes qui, engendrant des troubles fonctionnels pénibles - dont la dyspareunie représente l'exemple majeur - doivent être traités par une intervention plastique ménageant précieusement l'étoffe muqueuse en son intégralité.

5) Nous avons rapporté une technique de plastie en "Z" publiée pour la première fois par le Docteur MUSSET à la suite des travaux et des démonstrations du Docteur MOREL-FATIO. Cette technique semble bien offrir sur les précédentes des avantages considérables d'aisance dans l'exécution et de sûreté dans

la qualité supérieure des résultats.

6) Chez la femme enceinte, la réalisation d'une plastie en "Z" est particulièrement souhaitable durant la première moitié de la grossesse. Dans les cas de diaphragmes reconnus trop tardivement ou seulement lors du travail, l'indication de la césarienne doit être plus souvent posée en raison de l'aggravation considérable de la sténose secondaire au traumatisme de l'accouchement par les voies naturelles.

Vu:
le Président
VARANGOT

Vu:
Le Doyen
Léon BINET

Vu
et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie
de Paris
Jean SARRAILH

N O T E S

- (1) HIPPOCRATE, Oeuvres complètes. Traduction Litttré, Paris, 1861. T. VIII, pp. 325, 410, 97. Cité par BRUNET, Les Cloisons congénitales du vagin. Thèse Paris, 1930.
- (2) ARISTOTE, De Generatione Animalium, lib. IV, cap. IV. Cité par DELAUNAY, Le cloisonnement transversal du vagin. Thèse Paris, 1877 (pp. 15-18).
- (3) Fabrice d'ACQUAPENDENTE, Oeuvres Chirurg., trad. Ravard, Lyon 1658. 2ème vol., p. 276 et 277.
- (4) DELAUNAY, Le Cloisonnement transversal du vagin complet et incomplet. Thèse Paris, 1877, pages 15-18.
- (5) CELSE, De re medica, liber VII, cap. 28. Ed. Haller, Lausanne, 1772, p. 154.
- (6) AETIUS, Contractae ex veteribus medicinae tetrabiles. Lugduni, 1549. Traduction: DALECHAMPS, Chirurgie française, Lyon, 1570, p. 430.
- (7) AVICENNE, Opera Venetiis, 1607, page 952. Cité par BRUNET, Les Cloisons congénitales du vagin. Paris, 1930. (Thèse)
- (8) ALBUCASSIS, Pratica, sect. 2, cap. XIX. De clausura pudendi. Trad. Leclerc, p. 171. Cité par DELAUNAY, Les Cloisons transversales du vagin. Thèse Paris, 1877.
- (9) DALECHAMPS, Chirurgie française. Lyon, 1570, p. 430.
- (10) DEPAULIS, Thèse de Paris, 1924.

- (11) GRANJON, Etude radiologique et traitement chirurgical des cloisons transversales du vagin d'origine congénitale. Gynécologie et Obstétrique, tome 45, N° 6, 1946, pp. 303-322.
- (12) L'observation de RUISCH est décrit par HEISTER, Institutiones chir.; trad. Paul (d'Avignon), 1770, t. IV. Cité par DELAUNAY, op. cit.
- (13) LACHAPELLE (Madame), Pratique des accouchements, t. III, art. III. Cité par GRANJON, Etude sur les cloisons transversales du vagin d'origine congénitale. Prix Tarnier, non imprimé.
- (14) FRANKEL, Dissert. de organor. gen. Deformat. Berlin, 1825.
- (15) MULLER J., Bildungsgeschichte der Genitalien. Dusseldorff, 1830.
- (16) THIERSCH, Illustr. med. Zeitschrift, 1852, p. 93.
- (17) KOLLIKER, Entwicklungsgeschichte des Menschen, 1861. Traité d'embryologie, 1882.
- (18) TOURNEUX, Précis d'embryologie humaine, 1909.
- (19) BLOOMFELD et FRAZER, HUNTER, Von LIPPMAN, KOFF, Robert MAYER cités dans le compte-rendu du Congrès de Gynécologie de Bruxelles. Traitement des anomalies morphologiques congénitales de la vulve et du vagin. J. SNOECK et A. GHILAIN (Bruxelles). Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française, tome 7, N° 2bis, 1955, p. 4.
- (20) LECENE, Bull. et Mem. Soc. de Chir. Janvier 1928, p. 9. Rapport à la Société de chirurgie, II Janvier 1928.
- (21) LECENE, Bull. et Mem. Soc. de Chir. Mai 1928, p. 724. Rapport à la Société de Chirurgie, 16 Mai 1928.

- (22) BRUNET, Contribution à l'étude des cloisons congénitales du vagin par diaphragme transversal et leur traitement chirurgical. Thèse Paris, 1930.
- (23) MUSSET, Traitement chirurgical de diaphragmes vaginaux d'origine congénitale. Société de Gynécologie et d'Obstétrique, séance du 4 Juin 1956.
- (24) DENONVILLIERS, Blépharoplastie. Bull. Soc. Chir. Paris, N° 7, 1856, p. 243.
- (25) MORESTIN, De la correction des flexions permanentes des doigts. Rev. Chir., 50, 1934, I.
- (26) Ferris SMITH, La Plastie en Z combinée. l'excision en chirurgie plastique. Plastic Reconstr. Surg. I, N° 2, 1946, p. 170-185.
- (27) DAVIS J.S. & KITLOWSKI, Etude théorique et pratique de la plastie en "Z" dans le traitement des cicatrices rétractiles. Ann. Surg. 109, 1939, p. 1001-1015.
- (28) LIMBERG A.A., Recueil de travaux à l'occasion du 50ème anniversaire du Medical Post-Graduate Institute. Leningrad, 1885-1935, p. 461-489.
- (29) MOREL-FATIO, Plastie en "Z". Journal de Chirurgie, tome 65, N° 12, 1949, p. 747.
- (30) PATEL, Lyon chirurgical. Mai-Juin 1938, p. 381.
Hématocolpos - opération abdominale et opération vaginale.
- (31) SNOECK, Bulletin de la Fédération de Sociétés de Gynécologie et Obstétrique, 1955, tome VII, N° 2bis, page 4. Congrès de Bruxelles.
- (32) BRYAN ALLEN L., M.D.; NIGRO Joseph A., M.D., Surgery Gynecol. and Obst. 1949, volume 88, January to June, page 79. One hundred case of congenital absence of the vagina.

- (33) KEIJO SOIVA, Ann. Chir. gyn. femm. 1948, 37:276.
Cité et résumé dans: Surg. Gynecol.
and Obst., 1949, volume 89, July to
December, p. 67. Two cases of vaginal
atresia observed in duplex anomalies
of the genitalia.
- (34) VIANNAY, Phimosis du col utérin par cloisonnement
transversal incomplet de l'extr. sup.
du vagin. Rev. Gyn. Chir. abdom., 1903,
17.
- (35) LODI Angelo, Sulle malformazioni della vagina. An-
nali di ostetrica e ginecologia, Mi-
lano, 1951, 73:1246.
- (36) SNOECK J., Diaphragme vaginal et césariennes. Bru-
xelles méd. 31 (I), 2 Janvier 1955,
p. 25-31.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMSON : Vagin cloisonné compliquant le travail. Amer. Journal of obst. a. gyn. Avril 1936, N° 4.
- AETIUS: Contractae ex veteribus medicinae tetrabiles. Lugduni, 1549.
- ALAIN: Rev. Mens. de Gyn. obst. et Ped. de Bordeaux. Sept. 1901.
- ALBUCASIS : Pratica, sect. 2, cap. XIX. De clausura pudenti. Trad. Leclerc, p. 171.
- ALTMAN: Rétention des règles par suite de l'oblitération congénitale du vagin et son traitement. Thèse Paris, 1894.
- AMUSSAT: Gaz. médicale, 1835.
- ARISTOTE: De historia animalium, lib. X, texte 35.
- ASPER: Cité par RICHTER, d'après Vigiliis, t.I., p. 368.
- ASTRUC: Traité des maladies des femmes. Paris, 1761, in 12 t.I.
- AUDEBERT & PAYRAU: Du cloisonnement transversal et congénital du vagin dans ses rapports avec l'accouchement. Gaz. hebdomadaire de médec. et de chir. 27 Juillet 1902.
- AUVART: Traité pratique de gynécologie, 1892, p. 704.
- AVICENNE: Opera, Venetiis 1607, in folio, t.I., tract.IV, Lib. 3, cap. I et II.
- BACKER-BROWN: Gaz. des hôpitaux, 1862, p. 349.
- BAR: Leçons de pathologie obstétricale. 1900.
- BARBETTE: Oeuvres chir. et anat. Genève, 1674, p. 72, suiv.

- BARNES : Transac. of obstetrical society. London, 1883, p. 99
- BAS : Oblitération du vagin. Thèse paris, 1812, N° 103
- BATUT: Cloisonnement cong. du vagin, rétention menstruelle. Opération, guérison. In: Bull. méd. 21 Juin 1902, p. 587
- BAUDELOCQUE: Art des accouchements, 1781.
- BAUHIN: Anat. lib., I cap. 49, Bâle, 1592
- BECKER: De pædiocætonia inculcata ad serv. puerperam. Gießen, 1729, § 31.
- BELL^WCLAIR: Munch. med. Woch. , 1912
- BENIVENI: Libellus de abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanctionum causis. Basileæ, 1529.
- BERARD A.: Répertoire des sciences médicales, 2ème édition, t. XXX, p. 453.
- BERNARD: Des cloisons congénitales du vagin au point de vue obstétrical. Thèse Paris, 1898.
- BERNUTZ & GOUPIL: Clin. médic. des maladies des femmes, 1860, t. I.
- BERRUT: Congrès français de chirurgie, 1897. Séance du 23 Octobre.
- BERRY HART: A contribution to the morphology of the human urogenital tract. In: Journ. of anat. and physiol., 1901, p. 330.
- BEUTTNER O.: Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique à l'atrésie congénitale de l'hymen. In: Beiträge zur Geb. und Gyn. T. VI, N° 3, p. 381.
- BEYRAN: Gazette des hôpitaux, 1862, p. 426.
- BLAIR-BELL: Nouvelles recherches sur la composition chimique du liquide menstruel et des sécrétions vaginales d'après l'analyse des liquides d'hématocolpos. Description clinique de l'hématocolpos et description anat. de la membrane obturatrice. Journ. of obst. and gyn. of the British Empire, t. XXI, N° 4.
- BLUHN: Deutsche med. Woche, 1904.
- BOENS: Archives de tocologie, 1878

- BOISSARD & GOUDERT: Soc. d'obst. de Paris. Séance du 21
Février 1901, t. III, p. 71-74.
- BOIVIN & DUGES : Traité pratique des maladies de l'utérus.
Paris, 1833, t.I, p. 270 (DELAUNAY)
- BONNECAZE: Trait. chir. des imperforations du vagin. Thèse
Paris, 1872
- BORELLI: Archives italiennes de gynécologie, 1906
- BOUCHACOURT: Bull. Thérapeutique 1838, t. XIV, p. 285
- BOUCHET: Gazette médicale de Lyon. 1858, p. 373
- BOURDEL: Mem. de Méd. chirurg. et accouch. Montpellier
1859, p. 137 (DELAUNAY)
- BOURDON: Archives de gynécologie, 1874.
- BOURSIER: Précis de gynécologie, 1918, p. III3
- BOYER: Traité des maladies chirurgicales, 1825, t.X.
- BRAULT & ROCHARD : Bull. Soc. d'obst. et gynéc., 1886, p. 135
- BRAUN: Zentralblatt für Gynäkologie, 1886, p. 135
- BREIBSKY: Handbuch der Frauenkrankheiten, redig. von Bill-
roth und Lucke. Lief. 60, p. 53
- BRINDEAU: Malformations du vagin. Encyclopédie gyn., t. I.
- BROCA: Rétention menstruelle par cloisonnement du vagin.
In: Bull. médical, 13 Janvier 1900.
- BROUHA & BASTIN: Bruxelles méd., 1923, N° 13
- BRUNET: Les cloisons congénitales du vagin par diaphragme
transversal et leur traitement chirurgical. Thèse
Paris, 1930.
- BRYAN ALLEN L. & NIGRO Joseph A. : One hundred case of con-
genital absence of the vagina. Surgery Gynecol.
and Obst. 1949, vol. 88, January to June, p. 79.
- BUDIN: Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal. Pro-
grès médical, 1879.
Nouvelles recherches sur l'hymen et l'orifice va-
ginal. Obst. & Gynec., 1886, p. 331.
- BUDIN: Archives de Tocologie. Février 1886.
Leçons de clinique obstétricale, 1889, p.163
- BUE : Dystocies par brides et cloisonnement du vagin
d'origine congénitale. In: Ann. de la Soc. d'Ob-
stétrique de France, 1901-1902, p. 41.
- BURNS: Traité des accouchements. Paris, 1839, p. 40
(DELAUNAY)
- BURGES: In: GILES, Sterility of women. 1919, p; 62.
- BURTON: Traité des accouchements. Trad. Lemoine, 1771 à
1775, t. II, p. 370 (DELAUNAY)
- CABAR ET: Journ. de la Soc. de méd. pratique de Montpellier,
Décembre 1884, p. 119.
- CABROL: Alphabet anatomique. 1624.
- CADIAT: Développement de l'utérus et du vagin. Journ. de
l'anatomie, 1884.
- CALBAT: Des malformations accidentelles ou acquises du
vagin au point de vue obstétrical. Thèse Nancy,
1899.

- CANTONI: Thèse de Lyon, 1937-1938.
- CAPURON: Traité des maladies des femmes. Paris, 1817 (DELAUNAY)
- CARTAULT Madeleine: La grossesse et l'accouchement dans le cloisonnement incomplet transversal du vagin d'origine congénitale. Thèse Toulouse, 1910-1911.
- CARTEAUX: Journ. de méd. et de chir. prat., 1830, p. 154.
- CARTER Christophe: Gaz. méd. de Paris, 1837, p. 325
- CASTROPINTO de: Gynatrésie avec hémocolpos et hématométrie. Brazil médical, mars 1935. Tome 44.
- CAZEAUX: Traité d'accouchements, 1870.
- CELSE: De re medica lib. VII, cap. 28
Artis medicæ principes. Edit. Haller, Lausanne, 1772, t. VIII
- CHADIVIR: Rev. des Sciences med., t. XXIX, p. 171.
- CHAMPEIL: Thèse de Montpellier, 1919-20.
- CHARPENTIER: Traité pratique des accouchements, 1883, t. II
- CHAULIAC Guy de: La grande chirurgie. Trad. Muigelousault. Bordeaux, 1672, tr. V.
- CHEL IUS: Traité de chirurgie. Trad. Pigué. Paris, 1835, t. II
- CHIARLEONI: Deux cas d'atrésie vaginale. In: Archivio italiano di ginecologia, anno II, N° 2, p. 170.
- CHOTEAU: Des cloisonnements du vagin d'origine congénitale. Thèse Lille, 1894.
- CHURCHILL: Traité des maladies des femmes. 1874.
- CLEMENTI: Thèse de Strasbourg N° 90.986, année 1939.
- COLEMAN: Amer. Journal of Obstetr., 1877, p. 459.
- COLLINET: Cloisonnement congénital du vagin, rétention menstruelle. Opération. Mort. In: Bull. méd. 30 Avril 1902.
- COLLON: Contribution à l'étude de la dystocie vaginale par malformation congénitale. Thèse Nancy, 1919.
- COLOMBAT: Traité des maladies des femmes. Paris, 1839, 1843. T.I, p. 175 (DELAUNAY).
- CONGRES DE GYNECOLOGIE: XVIème Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française. Bruxelles, 22-25 Septembre 1955.
Bulletin de la Fédération de Société de Gynécologie et Obstétrique, tome VII, N° 2bis, 1955, p.4.
- COOPER S.: Dictionnaire de chirurgie pratique. Paris, 1826, p. 590.
- COQUI: Zentr. f. Gyn., 1915
- COSTE: Ann. fr. et étrang. d'anat. et de physiol., p. 34 et 38, t. II, p. 326.
- COURTY: Traité des maladies des femmes, 1872.
- CREMNITZER: Gynéc., Juillet 1935.
- CROUSSE: Gynéc. et obst., 1922.
- CRUVEILHIER: Anat. Pathol. 1849, t.I., p. 295.
- CULLINGWORTH: Two cases of transverse septum in the vagina. The Lancet, 1889, t.I., p. 726.

- DALECHAMPS: Chirurgie française, Lyon, 1570, in-8°, p. 430.
- DANYAU: Arch. génér. de médecine, 3ème série, 1841, t. X, p. 64.
- DAVIDS: Cloison transversale compliquant le travail. Amer. Journal obst. & gyn., Février 1939, t. 37.
- DAVIS J.S. & KITLOWSKI E.H.: Etude théorique et pratique de la plastie en "Z" dans le traitement des cicatrices rétractiles. The theory and practical use of the "Z" incision for the relief of scar contractures. Ann. Surg. 109 / 1001-1005 (June), 1939.
- DAVIZAC: Case of occlusion of the vagina in a pregnant woman. New Orleans, M & SI, 1844, p. 5.
- DELIBERE: Des vices de conformation des organes génitaux et urinaires de la femme. 1892.
- DEBRAND: Rétrécissement du conduit vulvo-vaginal. Paris, 1884.
- DECES: Bull. de la Soc. anatom., 1854, p. 222.
- DECHERF: Bull. Soc. obst. gynec., Mars 1932.
- DELAUNAY: Le cloisonnement transversal du vagin, complet et incomplet d'origine congénitale. Thèse Paris 1877.
- DELISLE: cité par LABADIE, DELALANDE. Thèse Paris, 1856, p. II.
- DELPECH: Précis des maladies chirurg. Paris, 1816, t. I, p. 383 (DELAUNAY).
- DEMARQUAY: Bull. de la Soc. Anat., 1845, p. 100.
- DENONVILLIERS: Blépharoplastie. Bull. Soc. de Chir. de Paris, 7 / 243, 1856-7.
- DEPAUL: Leçons de clinique obst., 1874, p. 113.
- DEPAULIS: Thèse de Paris, 1924.
- DEREUX: Accidents consécutifs à l'opération des rétentions des règles. Thèse Paris, 1886.
- DEROCQUES & DHEILLY: Cloisonnement transversal incomplet du vagin d'origine congénitale. Rev. med. de Normandie. 25 Décembre 1901.
- DERVAUX: Imperforations du vagin. Bull. Soc. obst. gynec. 1923'1924.
- DESORMEAUX: Gaz. des Hôpitaux. 1857, p. 170.
- DEVILLE: Bull. de la soc. Anat., 1846, p. 13.
- DIET: Cong. d'obst. et de gynec., 3ème session, Nantes, sept. 1901.
- DIONIS: Traité génér. des accouchements. Liège, 1721. Cours des opér. de chirurgie. Paris, 1751, 4e é.
- DOBERTY: Dubl. Journ., T. XXI, p. 65.
- DOBIS: Grossesse en présence de malformations de l'utérus et du vagin. Zent. f. Gynec., Décembre 1935.

- DOHRN: Ueber die Müllerschen Gänge und die Entwicklung des Uterus. Marb. Gesellsch., 1867, Bd. XXX
Ueber die Entwicklung des Hymens. Schriften der Gesellsch. zur Beförderung der gesamten Naturwiss. zu Marburg, Bd. X, Supplementheft, Cassel, 1875.
- DOLERIS: Archives de Tocologie, 1886; N° 2, p. 135.
Hématométrie et hémato-colpos méconnus jusqu'à l'âge de 19 ans. Gynécologie, 1924, t. 23.
- DUBOIS: Cité par ROZE. Thèse de Strasbourg, 1865.
- DUPLAIS & RECLUS: Traité de Chir., 1899, t. VIII, p. 68.
- DUMITRESCU: Thèse de Paris, 1896.
- DUMONTPALLIER & LEVER: In P. Müller (loc. cit.)
- DUNCAN: Obst. transac. London, vol. XXIV.
- FABRICE D'ACQUAPENDENTE: Oeuvres chir. Trad. Ravard, Lyon, 1658, 2ème vol.
- FABRICE DE HILDEN: Observ. de chirg. Genève, 1679, Cent. III, Obs. LX.
- FAURE & SIREDAY: Traité de gynécol. méd. et opér., 1912.
- DEREY D. Bull. et mém. Soc. Chir., 1928.
- FERRIS SMITH: La plastie en "Z" combinée à l'excision en chirurgie plastique. Multiple excision and Z plastics in surface reconstruction. Plastic Reconstr. Surg., I, N° 2, 1946, 170-185.
- FERRONI: Note embriologique et anatomique sull utero foetale. In: Ann. di ostetricia e ginecologia, 1902.
- FERRY: Bull. et mém. Soc. Chir., 1928.
- FIEUX & ALLAIN: Cloisonnement transvers. du vagin. Soc. d'obst. gyn. et ped. de Bordeaux, 9 Juillet 1901 et Journal de Médecine de Bordeaux, 14 Juillet 1901.
- FOLLAIN & DUPLAY: Traité de pathol. externe, 1888, t. VII, p. 570.
- FORGUE & MASSABUAU: Gynécologie 1916, p. 842. In: Nouveau traité de chirurgie, LE DENTU & DELBET.
- FORSTER: Manuel d'anatomie pathologique. Trad. Kaula, 1853, p. 458 (DELAUNAY)
- FRANCK: Traité de méd. pratique. Paris, 1842, t. II, p. 258 (DELAUNAY)
- FRANK: Monat.f. Geb. u. Gyn., 1902.
- FRANKEL: Dissert. de organor. gen. Deformat. Berlin, 1825.
- FRANKUI: Monat. f. Geb. u. Gyn., 1912.
- FREDEAU: Journ. Gén. de Méd., 1812 et 1814.
- FRISTO: Gaz. des Hôpitaux, 1861, N° 96.
- FROMME: Zeit. f. Geb. Gyn., 1905.
- FROUIN: Concours médical, 30 Avril 1887.
- FRUHINGSHOLZ & LOUYOT: Bull. Obst. et Gyn., 1935.

- FURST L.: Ueber die Bildungshemmungen des Uterovaginal-
canals. In: Monteschrift für Geburtskunde, 1867,
Bd. XXX.
- GAUBRIC: Bull. de la Soc. Anat., 1801, p. 234.
- GAULARD: In: CHOTEAU. Thèse de Lille, p. 30.
- GEOFFROY SAINT HILAIRE: Histoire générale et partic. des
anomalies de l'organisation etc., 1832, t.I.
- GERVIS: Transac. of the obst. Soc. of London? 1883, t.
XXIV, p. 21.
- GILES Arthur: Sterility of women. Oxford med. publ., Lon-
don, 1919.
- GILIS: Manuel d'embryologie.
- GILSON: L'encéphale, 1885, p. 41.
- GOULLIQUOUD: Traitement des malformations utérines justiciables
de la laparotomie, etc. Thèse Lyon, 1911-12.
- GONNET: Bull. d'obst. de Paris, 1908.
- GOSSELIN: Clinique chirurgicale, 1873; t.II.
- GRAF: Archiv f. Pathol. Anat. u. Phys., 1860, liv. V&VI.
- GROSS G.: Hématométrie et hémato-colpos dans les cas de du-
plicité du canal génital. Thèse Nancy, 1901.
- GROSS F.: Rohmer et Vautrin. Pathologie externe, 1893, t.III,
p. 455.
- GUERETIN: Imperforation de l'hymen. Thèse Paris, 1873.
- GUERIN Alph.: Elém. de chir. opér. Paris, 1870, p. 680 (DE-
LAUNAY)
- GUILLEMARD: Contrib. à l'étude de l'atrésie des voies gé-
nitales de la femme et en particulier de l'im-
perforation du col de l'utérus. Thèse Nancy, 1877.
- GUILLEMEAU: Oeuvres de chirurgie, 1649. Rouen. p.440.
- GUILLON: Une cloison transversale du vagin. Journ. d'ac-
couchements. Liège, 1885, t.XVI, p. 345.
- GUYONNET SENAC: De l'hymen. Thèse, Paris, 1811.
- HABIT: Wochenbl. der K.K. der Aerzte zu Wien, Okt. 1857
(Puech).
- HALBAN: Zeit. f. Geb. u. Gyn., t. 49.
- HALL: Septation de female reproductive organs. Austr.
M. Gaz. Sydney, 1912.
- HALTER: Biblioth. chirurg., 1747 à 1756, t. II, p. 115
(DELAUNAY)
- HEISTER: Institutiones chir. Trad. Paul (d'Avignon), 1770,
t. IV.
- HELLENDALL: Contrib. au traitement de l'hématocolpos avec
occlusion génitale par la salpingostomie et ac-
couchement ultérieur sans incidents. Zent.f.Gyn.
Février 1933.
- HEMMER: Neue Zeitschr. f. Geburtskunde, Bd. IV, p.3.
- HERNU: Thèse de Lille, 1896.
- HERTWIG: Traité d'embryologie, trad. française 1891.
- HERSCHBERG A.D., L'hypofolliculisme. Genève, 1942.

- HERTZ: Bullet. mens. Soc. chir., Paris, 1928.
- HEULLY & GUILLEMIN A.: Deux observations de malformations congénitales: 1° cloisonnement du vagin, 2° utérus didelphe vrai, absence incomplète du vagin. Soc. d'obst. et de gyn. de Nancy. 3 Mars 1920. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Paris, 1920, N° 4.
- HEYDER: Archiv f. Gynækologie, 1889 et 1890.
- HEYWOOD-SMITH: A case of delivery through an imperforate vagina. In Transac. obst. Soc. London. 1881-2; t. XXIII, p. II.
- HILDEBRANDT: Archiv f. Gynaekologie, 1872.
- HIPPOCRATE: Oeuvres complètes. Trad. Littré, Paris, 1861, t. VIII.
- HOFFMANN G.V.: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1878, t.II, p.4.
- HOFMEIER: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1904.
- HOLSTE: Vagina septa bei einfachem Uterus. In: Zentralbl. f. Gyn., 1913.
- HOLZAPFEL: Monat.f.Geb. u. Gyn., 1934, t. 17.
- HUCHER: De sterilitate utriusque sexus. Aureliae Allobrogum, 1809.
- HUCHON: Contrib. à l'étude des atrésies vaginales et de leur rapport avec la grossesse. Thèse Paris, 1901.
- HUGUIER: Gazette des Hôpitaux, 1861, p. 31.
- IMBERT: Développement de l'utérus et du vagin. Thèse Paris, 1888.
- JACOBS: Archives de Tocologie, 1887.
- JAMAIN: Manuel de path. et clin. chirurg., 1870, t.II; p. 994 (DELAUNAY)
- JANICOT: Hématocolpos. Hématométrie et hématosalpinx consécutifs à l'atrésie congénitale du vagin. Thèse Bordeaux, 1903.
- JARJAVAY: In: DELAUNAY, Thèse de Paris, 1877, p. 26.
- JAYLE: La Gynécologie, 1918, p. 493.
- JOULIN: Traité d'accouchements.
- JULIO José: Thèse de Lyon, 1887-1888, N° 24.
- KEDA: Zentralbl. f. Gynek., 1882, p. 144.
- KEIBEL: Zur Entwicklung des Uterovaginalsystems beim Menschen. In: Archiv f. Anat. u. Physio., 1896/7.
- KEIJO SOIVA: Ann. Chir. Gyn. femm., 1948, 37/276. Cité et résumé dans: Surg. Gynecol. and Obstetr. 1949, volume 89, July to December, p. 67. Two cases of vaginal atresia observed in duplex anomalies of the genitalia.
- KENDIRDJY: Article: vices de conformation du vagin. In: Pratique médico-chirurgicale.
- KEMPF: Over het genitaalstreng epitheel. Va, de witte raten over de morphologische beteekenis van het hymen. Leiden, 1903.
- KERMAUNER: Zur Aetiologie der Gynatresien. Beitr.z.Geb.u.Gyn., 1913.

- KINDERLEN: Archiv f. Gynék., Bd. II, p. 12.
- KIWISCH: Cité par SCANZONI (Loc. cit.), p. 420.
- KISCH E.H.: Die Sterilität des Weibes 2nd, Ad. Vienna, 1895, p. 189.
- KLEINWAECHTER: Les sténoses partielles congénitales du vagin. In: Prager Med. Wochenschr., 26 Nov. 1890.
- KOLLIKER: Entwicklungsgeschichte des Menschen, 1861. Traité d'embryologie, 1882.
- KOSTMANN Sylvia: Contribution à l'étude des cloisons transversales congénitales du vagin. Thèse Paris, 1936.
- KRIMER: Höfeland's Journal, Sept. 1834 et Meissner's Frauenzimmer Krankheiten, 1842, Bd. I, p; 327.
- KUSSMAUL: Von dem Mangel der Verkümmerng und der Verdopplung der Gebärmutter. Würzburg, 1859.
- LABADIE DELALANDE: Occlusion du conduit vulvo-utérin. Thèse Paris, 1856.
- LABADIE, LAGRAVE, LEGUEU: Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- LACHAPELLE (Madame): Pratique des accouchements. T. III, art. III.
- LALAURIE L.: De l'hématométrie par absence totale ou très étendue du vagin. Thèse Toulouse 1913/14, N° 44.
- LANGENBACHER: Beitrag zur Kenntnis der Wolffschen und Müllerschen Gänge der Sängern. In: Archiv f. mikr. Anat., 1881.
- LANGSDORFF: Zentralbl. f. Gyn., 1902, p. 980.
- LANFRANC: Chirurgia magna Doct. 3^{re} 3. cap. 9.
- LAROYENNE: Lyon médical, 1832, 29 Janvier.
- LAWSON-TAIT: Traité clinique des maladies des femmes. Trad. Béatrix Steinheil, éd. 1891, p. 143.
- LECENE: Bull. et mém. Soc. chir. Janvier 1928.
- LECENE: Bull. et mém. Soc. de Chir. Mai 1928, p. 724.
- LECOINTE: Contribution à l'étude de la dystocie par brides et cloisonnements vaginaux d'origine congénitale. Thèse Paris, 1908.
- LEDRU: De l'hymen. Thèse Paris, 1855.
- LE FORT L.: Des vices de conformation de l'utérus et du vagin. Thèse agrég., 1863.
- LEGROS: In: Thèse de LEDRU, Thèse de Paris, 1855.
- LEPAGE: Un cas de diaphragme vaginal chez une femme près du terme. Ann. de gyn. et d'obst., 1909, p. 160.
- LE ROY DE LANGEVINIERE: Annales médicales du Calvados, 1876, N° I, p. 4.
- LEUCRART: Illustr. med. Zeitschr., 1852, p. II.
- LISFRANC: Maladies de l'utérus etc. Paris, 1837. Arch. de Méd., 1827, t. XV, p. 470.

- LIMBERG: Recueil de travaux à l'occasion du 50ème anniversaire du Medical Post-Graduate Institute. Lenin-grad 1885-1935. p. 461-489.
- LIMBERG: Skin plastic with shifting triangular flaps. Leningrad, Traumatological Inst., 1929, p. 862-872.
- LOCATELLI: Gaz. méd. de Paris, 1848, p. 106.
- LODER: Obst. imperf. vag. icone illustr. Ienae, 1800 (PUECH)
- LODI Angelo: Sulle malformazioni della vagina. Annali di ostetricia e ginecologia, Milano, 1951, 73 : 1246.
- LOMBE ATTHIL: Brit. med. Journal, 1882, p. 341
- LOUISE: De part. ext. gener. inserv. in mulieribus matur. otiosa et mrbosa disproportionè. Paris, 1754 (DE-LAUNAY).
- LYON: Essai sur les rétrécissements du vagin, congénitaux et acquis. Thèse Paris, 1887.
- MACE: Thèse de Paris, 1920.
- MAGDE: Transac. of the obstetr. Soc. London, t.XI, p. 23.
- MAGENDIE HUSTE: Cloisonnement transv. du vagin au point de vue obstétrical. Thèse Paris, 1894.
- MAISONNEUVE: Gaz. des Hôpitaux, 1849, p. 389.
- MANGET: Bibl. chirurg. Genève, 1721. Art. Imperforate (PUECH)
- MANOLESCU: Malf. utéro-vaginales. Thèse Paris, 1897.
- MAQUART L.: Contrib. à l'étude des rétrécissements du vagin. Thèse Paris, 1919-1920.
- MARCHAT: Imperforation du vagin d'origine congénitale. Montpellier, 1900.
- MAURICEAU: Traité des femmes grosses. 7ème édition, Paris, 1740, t.I.
- MAYER: Beiträge zur Anat. des Elephantus. Nova acta. Acad. nat. curios. T. XXII, Pars II. Medical Times and Gaz., 2 Déc. 1868.
- MENDE L.I.C.: Commentatio anatomico-physiologica de hymenes valvulae vaginali. Goettingen, 1827.
- MAD. MERLOSE: Bifidite et cloisons du vagin. Gaz obst., 20 Octobre 1877.
- MEUGE: Veits Handbuch der Gyn., 1908 4.
- MIHALKOVICS G. von: Entwicklung des Harn- u. Geschlechtsapparates des Annioten. In: Internat. Monatschrift f. Anat. u. Histol., 1885, p. 103.
- MILNE EDWARDS: Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée, t.9.
- MORGAGNI: De sedibus et causis morborum. Venetiis, 1761.
- MULLER J.: Bildungsgeschichte der Genitalien. Dusseldorff, 1830.

- MULLER P. : Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., t.III, p. 164.
Die Krankheiten des weibl. Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtfunctionen etc. Stuttgart, 1888.
- MURPHY: Meissner's Frauenzimmer Krankheiten, 1842, Bd. I, p. 353.
- MOREL-PATIO: Plastie en "Z". Journal de chirurgie, tome 65, N° 12, 1949, p. 747.
- MORESTIN: De la correction des flexions permanentes des doigts. Rev. Chir. 50, 1934, I.
- MUSSET: Traitement chirurgical de diaphragmes vaginaux d'origine congénitale. Société de Gynécologie et Obstétrique, séance du 4 Juin 1956.
- NAGEL: Harn- u. Geschlechtsorgane. Baderleben's Handbuch, Iena, 1896.
- NELATON: Eléments de pathol. chir., 1859, t.V., p. 807.
Gaz. des Hôpitaux, 1856, p. 351
- NEUGEBAUR: Zeitschrift f. Gyn. 1920. Berlin, 1895.
- ODENTHAL: Monat. f. Geb. u. Gyn., 1927.
- OSIANDER: Denkwürdigkeiten, etc., 1795, Bd. II.
- OSMONT: Année méd. de Caen. 15 Novembre 1893.
Archives de Gynécologie, 1894.
- OUI: Réunion obst. et gynéc. de Lille. Séance du 26 Février 1913. Comptes-rendus de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris.
- PAQUET: Cloisonn. vaginal. Réunion obst. et gyn. de Lille 18 déc. 1912 et Bull. de la Soc. d'obst. et Gyn. de Paris, Mars 1913, p. 196.
- PARE A.: Oeuvres, édit. Malgaigne. De la génération, ch. XLIX, L, LI
- PATEL: Lyon chir., Mai-Juin 1938, p. 381.
- PAUCOT: Thèse de Lille, 1903.
- PAUL (D'EGINE): De re medica. Trad. Brian. Paris, 1855, P.295.
- PEAUREGARD & BOULARD: Journ. de l'anat. et de la physiologie, 1882, t. XVIII, p. 187.
- PEHAM: Wiener Klin. Woch., 1905.
- PETERS: Monat. f. Geb. u. Gyn., 1920.
- PETIT: Anatomie gyn., 1901, p. 123.
- PETIT L.H.: Art. vagin. Dictionnaire DECHAMBRE.
- PETIT LARDIER: Malform. cong. du vagin. Thèse Paris, 1907.
- PHISTER: Dut. Med. Woch., 1905.
- PIACHAUD: Gaz. des Hôpitaux, 1857, p. 464.
- PICOT: Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical. Thèse Paris, 1891.
- PICQUE: Encyclop. Internat. de chirurgie, t. VII.
- PLATER: Felicis Plateri Observationum libri Balilae 1614. Liber I.
- PLINE: Hist. nat. Lib. 7, Cap. XV, Trad. Guérault. Paris, 1845.

- POULIOT: Bull. de la Soc. d'obst. de Paris, 1909.
- POZZI: Traité de gynécol., 1907, t.II.
- PRONAI: 1911
- PUECH: Vices de conformation du vagin. Ann. de gynécologie, 1875, p. 276.
- RAMBAUD: Anomalies des organes génitaux de la femme. Thèse Paris, 1899.
- RAUCHIN: De Morbis Virginum. Lyon, 1629, p. 373 (DELAUNAY)
- RATHKE: Abhandlungen zur Bildungs- u. Entwicklungsgeschichte der Menschen und Thiere. 1832.
- RAULIN: Vagin à cloisonn. transvers. In: Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Bordeaux, 1901.
- REITTERER: Sur l'origine du vagin de la femme. Soc. de Biologie 2 Mai 1891, p. 291-293.
Du rôle de l'épithélium dans le développement des organes génitaux urinaires. Soc. de Biologie, 24 Juin 1905, F 1041.
Développement de l'urètre, du vagin et de l'hymen. Rev. de gyn. et de chir. abdom., 1907, p. 397.
- RHENTER: Cloisonnement du vagin et frossesse 1929-30-31-32-36-37-39.
- RIBEMONT, DESSAIGNES & LEPAGE: Précis d'obst., 1897.
- RICHTER: Missbildungen und Gynatresien und ihre Folgen. In: Zeitschrift für Gyn., 1910, N° 10.
- RIEFFEL: In: Traité d'anat. humaine (POIRIER & CHARPY), 1901.
- RIVALTA: Contribution à l'étude des malformations congénitales de l'hymen et du vagin. Thèse Paris, 1898.
- RIZZOLI F.: Vaginitomia per vaginal cong. bipart parzialmente tanto in derezione longitudinale che transv. Bologna, Tipi Gamberine e Parmeggiani.
- ROBIN J.P.: Des causes de dystocie provenant du conduit vulvo-vaginal congénit. Thèse Toulouse, 1918-1919.
- ROSSIGNOL: Gaz. des Hôpitaux, 1856, p. 142.
- ROTH: Monatschriften f. Geburtskunde, 1862, t.XIX, p. 150.
- ROTHENBERG: Missbildungen des weiblichen Genitalschlauches. Inaug. Dissert., Koenigsberg, 1887.
- ROUTH: Cité par DELAUNAY, loc. cit., p. 99.
- ROZE: De l'Hymen. Thèse Strasbourg, 1865.
- RUISCH: Observat. anat. t.I. et II. Trad. de Palfin, Edit. Boudo, Paris, 1874.
- SABATHIER: Med. opér., Paris, 1796, t.I; p.442 (DELAUNAY)
- SABATHIER M.: Thèse Paris, 1818.
- SACCHETTI: Gaz. med. italiana, 1856, N° 10 (PUECH)
- SANGER: Zentralbl. f. Gyn., 1889, p. 440.
- SAUVAGE: Ann. gyn. et obst., 1910.
- SCANZONI: Traité des maladies des organes sexuels de la femme. 1858, p. 415.

- SCHAEFFER: Archiv.f. Gyn., 1890, T. XXXVII
SCHATZ: Archiv. f. Gyn., Bd.I, p. 21
SCHENCK: Observationum medicarum rararum, novarum admirabilium et monstrosarum volumen. 1609.
Observationes medicae rariores. Lugduni, 1643, Lib. IV.
SCHROEDER: Maladies des organes génitaux de la femme. Trad. sur la 6ème éd. par Humbert, 1886.
SCHUBERT: Zeit. f. Gyn., 1911.
SCHUH: Wien. Wochenbl. 31, 1857.
SEDILLOT: Traité de méd. opér., Paris, 1866, p. 471.
SERRERES L. de: De la stérilité des femmes. Lyon, 1625 (HEISTER)
SERRIERE: De l'imperf. de l'hymen. Thèse Paris, 1865.
SEVESRE: Contrib. à l'étude des brides vulvaires cong. Thèse Toulouse, 1912-1913.
SINETY de: Manuel pratique de gyn. et des maladies des femmes. T.I.
SLAVJANSKI: St. Pétersbourg, 1884.
SOLLER L.: De l'existence d'une valvule insérée sur la paroi postéro-supérieure du vagin. Lyon médical, 1882 5 39, p. 151; t.40, p. 88.
SLEK: Zeitschrift f. Gyn., 1910.
SKUTCH: Zeit. f. Gyn., 1925.
STOECKEL: Lehrbuch der Gyn., 1923.
SUTTON: British gynecological Journ., vol. II, p. 517.
SNOECK J.: Diaphragme vaginal et césariennes. Bruxelles méd., 31 (1), 2 Janvier 1955, p. 25-31.
SNOECK & GHILAIN: Traitement des anomalies morphologiques congénitales de la vulve et du vagin. Bull. de la Fédération des Sociétés de Gynécol. et d'Obstétrique de langue française. Tome 7, N° 2bis, 1955, p. 4.
TARNIER & BUDIN: Accouchements. 1898, t.III, p. 391
TAYLOR Isaac: Atresia of the vagina congenital or accidental in the pregnant female. In: Transac. Amer. Gyn. Soc. 1879, iv. 404.
TESTUT: Traité d'anatomie humaine. 1909, t.IV.
TEXTOR: Gazette méd. de Paris, 1847, p. 850.
THEVEIN: Traité opér. chir., Paris, 1658.
THIERSCH: Illustr. med. Zeitschr., 1852, p. 93.
THOMA: Zur Aetiologie der Gynatresien. Monatschr.f. Geb. u.Gyn., 1913.
TIERNY: Soc. de Chir. Décembre 1927.
TILLAU: Traité de chir. clinique, 1900, p. 615
TOURNEUX: Précis d'embryologie humaine, 1909.
TOURNEUX & LEGAY: Développement de l'utérus et du vagin. In: Journal de l'anat. et de la phys. de Ch. Rodin, 1884, p. 330.

- TOURNEUX & WERTHEIMER: Sur la fusion de conduite de Müller chez l'homme et sur le développement du vagin. In: C.R. de la Soc. de Biol., 1884, p. 150.
- TRELAT & CHANTREUIL: Gaz. méd. de Paris, 1866
Bull. de la Soc. anat., 1866.
- UPSHUR: Gaz. méd. de Paris, 1854, p. 37.
- VALENTION: Médico-légales pandectes, pars I, sect. I, casus XIV p. 14 (PUECH)
- VALLOIS: Ann. de la Soc. Obst. de France, 1901-1902, p. 36.
- VARANDE: De morbis et affectibus mulierum ed. opera Petri Myssoc. Lugduni, 1619, lib. I, cap. XI.
- VAULPRE: Thèse de Paris, 1838
- VARIGNY de: Art. vagin. Dictionn. Encyclop.
- VAUTRIN: Rev. gyn. chir., 1903, p. 23
La gynécologie, Juin 1920.
- VELPEAU: Traité de méd. opér., 2ème éd., Paris 1839, t. IV, p. 352.
- VENOT: Archives de Tocologie, Juin 1874, p. 181.
- VERCHERE: Annales de Tocologie, Juin 1895.
Du cloisonnement transv. et cong. du vagin. In: Rev. de clinique et de thérapeutique, 1894.
- VERNOIS: Schmidt's Jahrbücher, 1835, VIII.
- VIANNAY: Phimosis du col utérin par cloisonnement transv. incomplet de l'extrém. sup. du vagin. In: Rev. de Gyn. et de Chir. abdomin., 1903, p. 17.
- VEZIRIS, LEVEN et BLANDIN: Le concours médical, N° 29, 1951.
- VIDAL A. de CASSIS: Traité de pathol. externe et de méd. opér., 1861, t. V., p. 317.
- VIENNAY: La gynécologie, t. 19, 1920, p. 319.
- VILLAR: Malform. du vagin et de l'utérus etc. Soc. d'obst. et péd. de Bordeaux. Séance du 25 Mars 1902. Journ. de méd. de Bordeaux, 30 Mars, 1902.
- VILLETTE: De l'atrétisme. Thèse Paris, 1824.
- VOISIN: Oblitération complète du vagin. Thèse Paris N° 116, année 1806.
- WALLICH: Eléments d'obst. Paris, 1908.
- WALTHER: Vagin fermé et par l'hymen et par une membrane anormale. Nouv. mém. de l'Académie de Berlin, 1774 (PUECH)
- WARD: A case in which conception followed very imperfect connection. In: Amer. Journ. of Obst. New York, 1879, XII, 306.
- WATSON: Homology of the sexual organs. In: Journ. of anat. and phys., 1879, p. 73.
- WEST: Leçons sur les maladies des femmes. Trad. Mauriac, 1870, p. 26.
- WIER: Opera omnia. Amstelodami, 1660.
- WILLIS: cité par VILLETTE. Thèse de Paris, 1854.
- WINCKEL: Lehrb. der Frauenkrankheiten. Leipzig, 1886, p. 119.

ADDENDA :

- ARISTOTE : De generatione animalium, lib. IV, cap. IV.
GRANJON: Etude radiologique et traitement chirurgical
des cloisons transversales du vagin d'origine
congénitale. Gynécologie et Obstétrique, tome
45, N° 6, 1946, p. 303-322.
GRANJON: Etude sur les cloisons transversales du vagin
d'origine congénitale. Prix Tarnier, non im-
primé.
GUILLEMIN: Thèse de Nancy, 1921.
Bull. Soc. chir. Nancy, Nov. 1928.
PUECH: Atrésies des voies génitales de la femme. 1864.
Imperforation de l'hymen. In: Ann. de gyn. 1874,
t.II, p. 202.
REITTERER: Du développement et de la structure des raphès
des organes génitaux urinaires. Soc. de Biolo-
gie, 1er Juillet 1905.
YATES: The Lancet, 11 Juin 1870.
YGONIN: Gaz. méd. de Paris, 1809, p. 547.

TABLE DES MATIERES

	page:
Chapitre I: INTRODUCTION	1
Chapitre II: HISTORIQUE	3
A) Etude clinique	3
B) L'interprétation embryologique et pathogénique	8
C) Le traitement chirurgical	8
Chapitre III: QUELQUES NOTIONS EMBRYOLOGIQUES SUSCEPTIBLES DE RENDRE COMPTE DE LA FORMATION DES CLOISONS TRANS- VERSALES CONGENITALES DU VAGIN...	19
Chapitre IV: BREF RAPPEL DES PRINCIPAUX CARA- CTERES ANATOMIQUES DES CLOISONS TRANSVERSALES DU VAGIN D'ORIGI- NE CONGENITALE	22
Chapitre V: LES ELEMENTS DE BASE DE LA DIS- CUSSION ET DU CHOIX DES INDICA- TIONS THERAPEUTIQUES : TROUBLES FONCTIONNELS PROVOQUES PAR DES CLOISONS TRANSVERSALES DU VAGIN D'ORIGINE CONGENITALE ET EXAMEN CLINIQUE	25
A) Symptômes fonctionnels de cloi- sons transversales du vagin d'origine congénitale	25
B) Examen clinique d'une femme porteuse d'une cloison trans- versale du vagin d'origine congénitale	30

Chapitre VI:	LA PLASTIE EN "Z", SES PRINCIPES GENERAUX ET SA TECHNIQUE D'APPLICA- TION AU TRAITEMENT DES CLOISONS TRANSVERSALES DU VAGIN D'ORIGINE CON- GENITALE	34
-	Principe de la plastie en "Z"	34
-	Technique de la plastie en "Z" appliquée au trai- tement des cloisons trans- versales du vagin d'origi- ne congénitale	36
Chapitre VII:	INDICATIONS THERAPEUTIQUES ET CONDUITE A TENIR	40
- A)	Avantages du procédé de plastie en "Z" dans le traitement des cloisons transversales du vagin d'origine congénitale...	40
- B)	Indications thérapeu- tiques	42
Chapitre VIII:	OBSERVATIONS ET ANALYSE DES RESULTATS	45
- A)	Observations	45
- B)	Analyse des observa- tions	59
CONCLUSIONS		61
NOTES		63
BIBLIOGRAPHIE		67

E R R A T A

- page 3, ligne 17: "les imperfections des organes génitaux";
ajouter: "...féminins".
- page 4, ligne 3: "matrices bouchées" et non "boucjées".
-"- 9: "De generatione animalium" et non "De
generationi".
-"- 13: "menstruis doloreque" et non "deloroque".
- page 5, -"- 2: "tantôt" et non "tabtôt".
-"- 20: "ALBUCASIS" et non "ALBUCASSIS".
- page 7, -"- 2: "fouillée" et non "fouilée".
- page 8, -"- 16: "BLOOMFELD et FRAZER" et non "BLOOLFELD
et FRAZEZ".
- page 9, -"- 9: "ALBUCASIS" et non "ALBUCASSIS".
- page 11, -"- 19: "procédé de l' "Y" transformé en "V"
et non "procédé de l' "3Y".
- page 18, -"- 21: "au début de grossesse" et non "en dé-
but de grossesse".
- page 23, -"- 1: "le quart des cas - au tiers supérieur"
et non "le tiers des cas..."
-"- 2: "le quart des cas - au tiers inférieur"
et non "le tiers des cas..."
- page 24, -"- 14: "le diaphragme" et non "le siaphragme"
- page 26, -"- 28, 30 : "dyspareunie" et non "dyspareumie"
- page 27, -"- 6, 11 : -"- -"- -"-
-"- 20: "sustructurale" et non "substructurale".
- page 28, -"- 23: "observation N° 9" et non "observation
N° 10"
-"- 29: "demeure entière" et non "entièrement".
- page 29, -"- 24: "la marche du travail" et non "la mar-
che de travail".
- page 34, -"- 14: "lambeaux homologues" et non "hologues".

page 49, ligne 11: "en 1955" et non "en 1935"

page 50, -"- 17: "bougie de HEGAR" et non "HEGOR"

page 53, -"- 5: "plastie en Z est réalisée" et
non "plastie est réalisée"

-"- 8: "la plastie en "Z" étendu" et non
"entendu"

page 55, -"- 6: "tache violacée" et non "ciolacée"

page 58, -"- 19: "diaphragmes" et non "siaphragmes"

page 59, dernière ligne: "souffrait de la dyspareunie
primaire liée à la présence d'un
diaphragme bas situé à orifice len-
ticulaire" et non "souffrait de la
dyspareunie bas située à l'orifi-
ce lenticulaire"

page 63, note 8 : "ALBUCASIS" et non "ALBUCASSIS"

page 64, -"- 11 : "Gynécologie et Obstétrique , tome
45, N° 6, 1947" et non "...1946"

page 65, -"- 26 : "combinée à l'excision" et non "com-
binée, l'excision"

page 66, -"- 35 : "di ostetricia" et non "ostetrica"

page 81, ligne 6 : "Gynécologie et Obstétrique, tome
45, N° 6, 1947" et non "...1946"

